PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM VI. ZESZYT III. MAJ. CZERWIEC. 1912.

PRACE ORYGINALNE.

Z Oddziału Chirurgicznego D-ra A. Ciechomskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przyczynek do rozpoznawania i operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie tejże

podał

H. JASTRZĘBSKI.

D. 25 listopada 1910 r. zgłosiła się do oddziału 37-letnia mężatka, mieszkanka wsi Rudka gub. Grodzieńskiej. Chora skierowana została przez D-ra Sroczyńskiego z Ciechanowa i D-ra Domańskiego z Brjańska.

Dowiedziano się od niej, że w 25 roku życia wyszła za mąż i zaraz w pierwszym roku zaszła w ciążę; następny raz w drugim roku; porody były łatwe. W ciągu następnych 8 lat nie zachodziła w ciążę. Miesiączkowała zwykle regularnie według typu $\frac{3-4}{4}$; ostatnią miesiączkę miała w początkach września 1909 r., i od tego czasu nie miesiączkowała.

D. 18 maja 1910 r., będąc, jak sądzi, w 8 miesiącu ciąży, dostała krwawienia z narządów płciowych, bólów brzucha i krzyża, oraz wymiotów. Przestała odczuwać ruchy płodu, lecz poród nie odbył się. Po upływie pewnego czasu poczuła się lepiej, i zaczęła chodzić do robót polnych. We wrześniu dostała powtórnych bólów w brzuchu z wymiotami, dreszczami i gorączką, parciem na dół i rozwolnieniem.

Po pewnym czasie stan chorej na tyle poprawił się, że mogła pojechać na poradę do D-ra Sroczyńskiego, który natychmiast polecił jej udać

się na operacyę do Warszawy. Chora jednak zwlekała, gdyż stan jej stale poprawiał się. Wkrótce atoli powtórzyły się bóle w brzuchu, i na dwa tygodnie przed zapisaniem się chorej do oddziału przy oddawaniu stolca odeszły przez odbyt dwie kostki.

W oddziale chora użalała się na bóle w krzyżu, na kaszel, rozwolnienie: wypróżnienia płynne 3—4 razy na dobę, i ogólne osłabienie. C = 37°,6, T = 96.

Przed 18 laty chorowała na zapalenie nerek; w dzieciństwie przechodziła odrę; pochodzi z rodziny zdrowej.

Badanie chorej wykazało budowę wątłą; chora ogólnie osłabiona, wycieńczona.

W płucach: w prawym wierzchołku stłumienie od tyłu, wydłużony wydech, suche świsty, oddech zaostrzony. Od przodu pod obojczykiem prawym wilgotne rzężenia. W sercu zmian chorobowych nie znaleziono.

Badanie brzucha wykazuje wypuklenie w prawym dole biodrowym, które to wypuklenie wymacuje się, jako guz nieruchomy, twardy, o nierównej powierzchni; górna granica guza leży na 3 palce poniżej pępka.

Badanie przez pochwę wykazuje, że guz wypełnia całą małą miednicę; macicy i przydatków nie wyczuwa się osobno od guza.

Badanie kiszki stolcowej za pomocą wziernika odbytniczego wykazało, że na wysokości 12 cm. od otworu stolcowego błona śluzowa jest przekrwiona, pokryta wydzieliną śluzoworopną i płynnym kałem; miejsca przedziurawienia nie udało się znaleźć; badając palcem, na prawej bocznej ścianie kiszki wyczuwa się lejkowate wciągnięcie.

W kale za pomocą mikroskopu znaleziono pojedyńcze ciałka krwi białe, niestrawione włókna mięśniowe i kryształy trójfosforanów wapnia.

Mocz, wypuszczony za pomocą cewnika, barwy bladożółtej, o zapachu prawidłowym i odczynie kwaśnym. C. gat. = 1010; białka i cukru nie zawiera; w osadzie — kryształy moczanów i szczawianów; leukocytów i wałeczków nie znaleziono

Na mocy wywiadów i dostarczonych przez męża chorej kostek, które były odeszły przez kiszkę stolcową, rozpoznano u pacyentki 8-miesięczną ciążę zewnątrzmaciczną; potwierdziło to samo dokonane przez D-ra Judta zdjęcie za pomocą promieni Roentgena: na radiogramie wyraźnie widać czaszkę płodu, kręgosłup i żebra.

Wobec ogólnego lichego stanu chorej zwlekano na razie z wykonaniem operacyi. Po kilku tygodniach atoli, gdy stan ogólny chorej po wstrzykiwaniach rozczynu arszeniku pod skórę nieco poprawił się, rozwolnienia zmniejszyły się, d. 17 grudnia 1910 r. Dr. Ciechomski wykonał operacyę. Przed operacyą wstrzyknięto chorej 600 cm. sz. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i podano 5 kropli nalewki strofantu. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem.

Cięcie w smudze. Po otworzeniu jamy otrzewnowej znaleziono zrosty sieci z guzem; po uwolnieniu zrostów wyłoniła się pętla kiszki cienkiej, zrośnięta z guzem, leżącym w prawym dole biodrowym i w małej miednicy. Po bliższem rozejrzeniu się okazało się, że ramię doprowadzające pętli kisz-

kowej leżało na lewej stronie guza, odprowadzające zaś ramię — na stronie prawej: przednia ściana kiszki przedziurawiona; tylna, nadmiernie rozciągnięta, stanowiła jakby sklepienie worka, jeżeli tak można powiedzieć, w którym to worku leżał płód. Po uprzedniem klinowem podwiązaniu krezki, Dr. C przeciął ramiona doprowadzające i odprowadzające jelita, i połączył je szwem trzypiętrowym. Po odcięciu kiszki i zabezpieczeniu pozostałej jamy otrzewnowej serwetami i gazą, nacięto ścianę worka płodowego, usunięto płód, i włożono do powstałej dużej jamy worek Mikulicza; po za nim — drugi mniejszy. Część rany zaszyto.

Płód zmacerowany ważył 2400,0, długość płodu 43 cm.; łożyska nie znaleziono.

D. 18 grudnia. C = 36,8, T = 120, słabo napięte. Chora wymiotowała dwa razy; mocz wypuszczono za pomocą cewnika. Wiatry nie odchodzą. Język wilgotny. Zmieniono powierzchowne warstwy opatrunku, który obficie przesiąkł. Wstrzyknięto pod skórę 600 cm. sz. fizyologicznego roztworu soli.

D. 19 grudnia. C = 36,8, T = 120. Chora mocz oddawała samoistnie, język wilgotny; wiatry nie odeszły. Zmieniono opatrunek; do kiszki stolcowej wprowadzono rurkę gumową; pod skórę wstrzyknięto 300 cm. sz. roztworu soli.

D. 20 grudnia. C = 36,6, T = 120. Chora wymiotowała raz jeden, wiatry odchodzą; wypróżnienie miała w nocy płynne. Usunięto pasy gazy z worka i włożono świeże; linię szwów zajodynowano. Wstrzyknięto 300 cm. sz. roztworu soli.

D. 21 grudnia. C = 36,4, T = 104. Chora czuje się osłabioną; obrzęki na stopach; wymiotowała dwa razy; wypróżnienia płynne dwa razy. Przy zmianie opatrunku w przednim worku znaleziono płynny kał. Wstrzyknięto 300 cm. sz. roztworu soli.

D. 22 grudnia. C = 37,4, T = 120, słabo napięte; obrzęki na dolnych kończynach powiększają się. Wstrzyknięto 300 cm. sz. roztworu soli.

D. 23 grudnia. C = 36,8, T = 120, ledwo wyczuwalne. Wstrzyknięto roztwór soli i kamforę.

D. 24 grudnia. Chora zmarła wśród objawów niedomogi sercowej.

Badanie pośmiertne wykazało: w lewem płucu od tyłu niewielkie ognisko zapalne; jama otrzewnej zrostami kiszek i krezki podzielona na dwie połowy — górną i dolną; w górnej otrzewna jest prawidłowa, w dolnej — zgrubiała i pokryta ropną wydzieliną; szew, nałożony na kiszkę, trzymał dobrze; połączenie kiszki leżało w odległości 80 cm. od kiszki ślepej. W odległości 50 cm. od połączenia kiszki znaleziono w świetle kiszki dwa żebra płodu.

Przypadek niniejszy, jakkolwiek nie należy do zbyt rzadkich, po bliższem rozejrzeniu się przedstawia się niewątpliwie w znacznym stopniu interesującym, gdyż zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym porusza kwestye, które do chwili obecnej nie doczekały się jeszcze ostatecznego rozstrzygnięcia.

Przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, mniej bardziej donoszone, nie są zbyt częste, jak tego dowodem — statystyki większych zakładów położniczych; np. we Wrocławskiej klinice chorób kobiecych z pośród 250 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej tylko 8 przypadków przekroczyło drugą połowę ciąży.

Tłómaczy się to tem, że jaje płodowe, umieszczone w niewłaściwem dla siebie miejscu, rosnąc i rozwijając się, wywiera ucisk na tkanki otaczające, rozrywa je i samo ulega obumarciu. W rzadkich jednak przypadkach jaje płodowe po pęknięciu jajowodu, lub też po wyjściu przez brzuszny wylot jajowodu do jamy otrzewnowej rozwija się dalej, i może dosięgnąć okresu rozwoju prawidłowego.

Wtedy, o ile płód w takim okresie uległ obumarciu, mamy do czynienia z ciałem obcem, stosunkowo dość dużem.

W naszym przypadku określić przyczynę powstania ciąży zewnątrzmacicznej jest dosyć trudno, gdyż chora przed ostatnią ciążą—zewnątrzmaciczną—nie przechodziła żadnych cierpień, sprzyjających powstawaniu ciąży zewnątrzmacicznej. Przed ostatnią ciążą chora nie przechodziła ani wiewióru, ani gorączki połogowej, ani jakiegokolwiek zapalenia otrzewnej. Miesiączkowała prawidłowo. Nie wspominała o żadnych bólach w podbrzuszu, ani o upławach.

Cierpienia wrodzone jajowodów mamy prawo u naszej pacyentki wyłączyć na zasadzie dwóch poprzednio przebytych ciąży prawidłowych; nie możemy więc mówić ani o jajowodzie dziecięcym, ani o zwojach jajowodowych w rozumieniu W. A. Freunda. Aczkolwiek wywiady i ogólny stan chorej pozwalają wyłączyć w naszym przypadku najczęstsze przyczyny ciąży zewnątrzmacicznej, nie można nie uwzględnić pewnej nieprawidłowości w życiu płciowem chorej; mianowicie od ostatniego prawidłowego porodu stosunki płciowe w ciągu następnych 8 lat odbywały się niezbyt prawidłowo, i chora nie zachodziła w ciążę. Dłuższy okres bezpłodności, jak wiadomo, zazwyczaj poprzedza ciążę zewnątrzmaciczną. Lawson Tait kładzie na tę ostatnią okoliczność szczególny nacisk, uważając ją za ważną wskazówkę rozpoznawczą.

Przechodząc następnie do rozejrzenia się w warunkach anatomicznych naszego przypadku, nie uważam za właściwe wspominać o możliwości w tymże ciąży brzusznej wobec pracy

Wertha, który, acz nie zaprzecza zasadniczo możliwości ciąży brzusznej, wymaga jednak ścisłego zbadania anatomicznego odpowiednich przypadków, wyłączenia pierwotnego siedliska jaja płodowego w jajowodzie i ścisłego związku między błonami płodowemi i łożyskiem a otrzewną, która, ulegając w takim razie przemianie na podobieństwo błony śluzowej macicy i jajowodów w doczesną, powinna wraz z błonami płodowemi i łożyskiem stanowić spójną całość.

Gdy zaś w naszym przypadku szczegółowe zbadanie stosunków anatomicznych było dla zrozumiałych powodów wprost niemożliwe, myśl o ciąży brzusznej pierwotnej upaść musi.

Rozwój jaja płodowego w ciąży zewnątrzmacicznej zależny jest od warunków anatomicznych; twierdzenie to nie ma znaczenia dla rokowania i rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w jej klinicznym przebiegu. Jeżeli warunki anatomiczne są takiego rodzaju, że worek płodowy pozostaje nienaruszony, wtedy donoszenie płodu jest możliwe i w końcu ciąży następują bóle porodowe; o ile w tym czasie chora podda się operacyi, można wydobyć jeszcze żywy płód. Przeglądając odnośne piśmiennictwo zamiejscowe, można przytoczyć względnie dość liczne spostrzeżenia przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, w których za pomocą operacyi otrzymywano płody żywe. W naszem piśmiennictwie znalazłem trzy przypadki: w 1897 r. Dr. Fr. Neugebauer w przypadku ciąży brzusznej wydobył płód żywy płci żeńskiej; płód żył 9 godzin, zmarł wskutek niedodmy płuc; w r. 1899 Dr. C. Stankiewicz wydobył 8-miesięczny płód żywy; w 1901 r. prof. Rüdiger ogłosił przypadek ciąży zewnątrzmacicznej z żywym płodem. O ile zaś chora we właściwym czasie nie zgłosi się do lekarza, jak to było w naszym przypadku, płód zamiera i następnie ulega bądź zropieniu, bądź skurczeniu się, wchłonieniu wód płodowych i — następczemu skamienieniu.

Worek płodowy, w którym odbywają się takie sprawy, zwykle pęka i zawartość jego wypada do wolnej jamy otrzewnowej, co zdarza się bardzo rzadko; najczęściej zaś—do światła kiszki, z którą był poprzednio zespolił się worek płodowy, jakkolwiek zdarza się przebicie się zawartości worka przez przednią ścianę brzuszną w okolicy pępka w postaci wąskiej przetoki; rzadziej—zawartość worka płodowego przebija się do ma-

cicy, pochwy, lub pęcherza moczowego. Najczęściej znajdujemy w miejscu przebicia się szereg otworów, prowadzących do najrozmaitszych odcinków cienkiej i grubej kiszki. W bardzo rzadkich przypadkach znajdowano jaje płodowe, jako zawartość worka przepuklinowego. Genth i Wilderstein znaleźli w worku przepuklinowym cały worek płodowy z 17 tygodniowym, żywym płodem.



Rentgenogram.

Pod względem rozpoznawczym przypadek omawiany zbyt wielkich trudności nie przedstawiał. Już na zasadzie li tylko wywiadów i obejrzenia kostek, które odeszły były przez kiszkę stolcową, z pewnem prawdopodobieństwem można było rozpoznać, z czem mianowicie mamy do czynienia pomimo braku przedmiotowych cech ciąży.

Zdjęcie za pomocą promieni Roentgena (patrz obok) stwierdziło obecność płodu w jamie otrzewnej.

Werth dość sceptycznie zapatruje się na wartość rozpoznawczą zdjęć promieniami Roentgena w ciąży zewnątrzmacicznej; przytacza on szereg przypadków Fütha, Jamesa, Olivera, Wintera i innych, gdzie przy zdjęciach promieniami Roentgena otrzymano wynik ujemny.

W naszym przypadku nie stosowaliśmy zabiegu, używawanego przez niektórych autorów w celu rozstrzygnięcia wątpliwości rozpoznawczych, a mianowicie—badania macicy zgłębnikiem. Według Jordana, w ciąży zewnątrzmacicznej za pomocą zgłębnika wyczuć możemy wewnętrzną powierzchnię macicy, jako miękką, pooraną brózdami. Niebezpieczeństwa jednak, spostrzegane w razie użycia zgłębnika, są wielkie; chorej, dotkniętej ciążą zewnątrzmaciczną, grozi zakażenie, wzbudzenie skurczów mięśnia macicznego i ruchu robaczkowego jajowodu, przedziurawienia macicy, jajowodu; w razie zaś istniejącej ciąży wewnątrzmacicznej — przebicie worka płodowego i wzbudzenie poronienia; sądzę więc, że więcej mamy powodów do zaniechania. aniżeli do stosowania zgłębnikowania w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej.

Jak zawodny wynik daje zgłębnikowanie, użyte w celu różniczkowania ciąży wewnątrzmacicznej i zewnątrzmacicznej, może służyć dowodem przypadek Depaula: po wprowadzeniu zgłębnika do macicy odeszły wody płodowe; Depaul wobec tego był pewien, że ma do czynienia z ciążą wewnątrzmaciczną; po kilku atoli dniach chora zmarła, i przy badaniu pośmiertnem znaleziono przebicie zgłębnikiem macicy i worka płodowego ciąży zewnątrzmacicznej.

Zaleconego wielokrotnie (Wyder, Dhuerssen) skrobania macicy w celu wykrycia, za pomocą badania drobnowidzowego, błony doczesnej w naszym przypadku również nie stosowaliśmy, a to z tych względów, dla których Winter uważa je za wogóle niedopuszczalne w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, a mianowicie z powodu możliwości pęknięcia worka płodowego, rozkładu gnilnego skrzepów krwi, niepewności zabiegu, ponieważ doczesna nie wykształca się równomiernie na całej błonie śluzowej macicy, a po zamarciu płodu ulega szybko przemianom wstecznym.

Postępowanie lecznicze w naszym przypadku, wobec stwierdzenia ciąży zewnątrzmacicznej z martwym płodem, mogło polegać jedynie na zastosowaniu zabiegu operacyjnego. Już w pierwszych miesiącach ciąży zewnątrzmacicznej przed pęknięciem worka płodowego należy przystępować zawsze do operacyi doszczętnej wycięcia całego guza. Lecz i odnośnie środkowych miesięcy ciąży w przypadku żywego płodu przeważa dziś pogląd Wertha, według którego na płód, rozwijający się zewnątrz macicy, należy zapatrywać się poniekąd jako na nowotwór złośliwy, i operować go jaknajwcześniej. Operacya wskazana jest również w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej po dojściu do kresu tejże i po śmierci płodu, skoro tylko zwiększone tem burzliwe nieraz objawy przeminą i krążenie łożyskowe ustanie.

Do niedawna przeważało zdanie, by w końcowych miesiącach ciąży zewnątrzmacicznej czekać śmierci płodu i operować dopiero po upływie kilku 8 — 10 tygodni po niej. Olshausen wygłosił pogląd, że należy raczej bez względu na życie i zdolność do tegoż — płodu w interesie ciężarnej zawsze jaknajrychlej operować, ponieważ niebezpieczeństwo, jakie przedstawia operacya, jest mniejsze od niebezpieczeństwa, na jakie ciężarna stale jest narażona. Gdzie tylko można, należy wydalić cały worek płodowy; od tej zasady Olshausen czyni wyjątek dla przypadków, w których doszło do sposoczenia zmarłego płodu. Jednak samo tylko przecięcie i wszycie worka w ranę brzuszną jest tak dalece łatwe, że dla operatorów, mniej technicznie wyrobionych, będzie ono zawsze sposobem, nie dającym się żadnym innym zastąpić.

Operacye, wykonywane w ciąży zewnątrzmacicznej, można podzielić na 2 grupy: I. Przecięcie ściany brzusznej i worka w razie istniejącego przyrostu tegoż do ściany brzucha z pozostawieniem worka płodowego bez rozerwania zrostu, jedynie z usunięciem płodu. Tu rozróżnić należy dwie odmiany: 1) cięcie przez pochwę, 2) cięcie przez ścianę brzucha; w każdej z nich mogą być stosowane liczne odmiany, zależnie od warunków indywidualnych przypadku, a więc: z pozostawieniem lub odklejeniem łożyska, z przeprowadzeniem sączka do pochwy i t. d.

Nieprzyrosły do ściany brzusznej worek można zamienić w przyrosły za pomocą cięcia brzusznego dwuczasowego.

II. Drugą grupę stanowi zupełne wycięcie worka płodowego; tu znów odróżnić można następujące odmiany: 1) wolny lub przyrosły worek płodowy, wycięcie zupełne, wpuszczenie szypuły do jamy otrzewnowej, 2) wolny lub przyrosły worek płodowy, wycięcie zupełne i umieszczenie szypuły w dolnym kącie rany, 3) wolny lub przyrosły worek płodowy, częściowe wycięcie, przesączkowanie do pochwy, a zaszycie worka od strony jamy otrzewnej, wreszcie — zaszycie rany brzusznej.

Co się tyczy postępowania w ciąży zewnątrzmacicznej, zdania autorów różnią się. Jeżeli dziecko żywe, Lawson-Tait zaleca czekać. Tait zwraca uwagę, że cięcie od strony pochwy jest metodą niewłaściwą z powodu trudności wydobycia dziecka, natomiast radzi cięcie w przedniej ścianie brzusznej, lecz, aby uniknąć otwarcia otrzewnej, nie w smudze, tylko z boku. W wielu kardynalnych rzeczach różni się Werth od Taita; sam punkt wyjścia jest inny; zdaniem Wertha, na ciążę zewnątrzmaciczną należy zapatrywać się, jak na nowotwór złośliwy, którego usunięcie w jakim bądź okresie winno być w zasadzie naszym celem. Usunięcie płodu wraz z workiem, w przeciwieństwie do Taita, uważa Werth jako zasadę, a to dlatego, że, jak doświadczenie wykazuje, usunięcie tylko płodu nawet żywego daje prawie zawsze zejście śmiertelne.

Gnicie w worku uważa Werth za przeciwwskazanie do operacyi doszczętnej.

W naszym przypadku worek płodowy był nieprzyrośnięty do ściany brzusznej; po uwolnieniu zrostów z siecią, przecięciu kiszki i połączeniu szwem ramion kiszki odprowadzającego i doprowadzającego, nacięto worek płodowy i usunięto płód; łożyska nie znaleziono; część worka odcięto; o wszyciu pozostałej części worka do rany brzusznej, ani o usunięciu całkowitem worka nie mogło być mowy, gdyż ściany worka, wskutek długotrwałego ropienia, były zmurszałe i rwały się.

W dostępnem mi piśmiennictwie lekarskiem polskiem od roku 1837 do obecnych czasów znalazłem 36 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, bądź opisanych, bądź pokazywanych na posiedzeniach w Towarzystwach Lekarskich: w 1878 r. pisał o niej Rackiewicz; w 1887 r. prof. Kosiński; w 1889 r. Matlakowski— 2 przypadki; w 1892 r. tenże — 2 przypadki; w 1895 r. H. Jordan; w 1896 r. J. Rosenthal; w 1897 r. H. Jordan, Fr. Neuge-

bauer — 2 przypadki, A. Troczewski; w 1898 r. S. Janczewski, H. Jordan, Fr. Neugebauer, F. Stępkowski, W. Warszawski; w 1899 r. C. Stankiewicz; w 1900 r. S. Braun, G. Chodakowski, C. Stankiewicz—2 przypadki; w 1901 r. I. Bogdanik—2 przypadki, Fiedorowicz, Neugebauer, prof. Rüdiger, C. Stankiewicz; w 1902 r. Cercha, Dobrowolski, Neugebauer, Romer, B. Szymański; w 1906 r. Neugebauer; w 1908 r. F. Mieczyński; w 1911 r. S. Grosglik.

PIŚMIENNICTWO.

1. Brodowski. Uschnięty płód w jamie otrzewnej. (Pam. Tow. Lekarskiego. 1865 r. T. 54, str. 134).
2. Tenże. Macica z płodem zmumifikowanym, przyczepionym do jej zewnętrznej bocznej powierzchni i do więzu szerokiego. (Przegl. Lek. 1867 r. T. VI, str. 30).
3. Tenże. Przypadek ciąży od zawiązku czysto brzusznej. (Przegl. Lek. 1867 r. T. VIII).
4. Breisky. Zur Kasuistik der vorgeschrittenen Extrauterinschwangerschaft (Wien. med. Wochen. 1887 r. № 48, 49, 50).
5. S. Grosglik. Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiciem się tegoż do pęcherza moczowego. (Przegl. Chir. i Ginek. 1911 r. T. V, Zesz. III).
6. Jervis. Fall von Perforation in den Uterus mit Knochenabgang durch die Cervix (Medic. chirurg. trans. Vol. 70, p. 35).
7. Jordan. Donoszona ciąża zamaciczna. (Rocznik Tow. Gin. Krak. 1897 r. str. 74).
8. Tenże. Przypadek ciąży brzusznej. (Rocznik Tow. Gin. Krak. Zesz. VII, str. 48).
9. S. Janczewski Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej. (Medycyna. 1899 r. № 2, str. 25).
10. Knauer. Ein Fall von ausgetragener Ovarialschwangerschaft mit lebendem Kinde. (Wiener Klin. Woch. № 28, p. 1019).
11. Kosiński. 2 wypadki ciąży zamacicznej. (Gazeta Lek. 1887 r., str. 1002).
12. Keller. Zur Diagnose der Tubargraviditat. (Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1890 r. 13. 19).
13. Langner. Ein Fall von ausgetragener Tubo-Abdominal Schwangerschaft. (Dissert. inaug. Greifswald. 1886 r.).
14. Lewi Carl. Zur Diagnose und Operation der Extrauterinschwangerschaft in der zweiten Halfte der Schwangerschaft. (Dissert. inaug. Breslau. 1908 r.).

15. Matlakowski. Przyczynek do ciąży zamacicznej. (Gaz. Lek. 1889 r. № 41 — 43).
16. Tenże. Dwa dalsze przypadki ciąży zewnątrzmacicznej. (Gaz. Lek. 1892 r. № 9).
17. Neugebauer Fr. Przypadek ciąży brzusznej. (Pam. Tow. Lek. T. XCIII, Zesz. 4, str. 1099).
18. Tenże. Ciąża z obumarłym od $5^1/_2$ miesięcy płodem. (Pam. Tow. Lek. T. XCIII, Zesz. 4, str. 1113).
19. Tenże. Beinahe ausgetragene Extrauterinschwangerschaft. (C. f. G. 1898. № 30, str. 785).
20. Olshausen. Die Extrauterinschw. mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der 2 Halfte der Schwang. (Deutsch. med. Wochen. 1890 r. 8—10).
21. Pinard. Grossesse extrauterine; extraction d'un enfant vivant. (Annal de gyn. et d'obst. Tom 44, p. 81).
22. Rackiewicz. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. (Niezwykłe zejście płodu zamacicznego). (Gaz. Lek. 1876 r. T. 21, № 8, str. 121).
23. B. Szymański. Przypadek 8-miesięcznej ciąży brzusznej. (Przyczynek do rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie). (Medycyna. 1902 r. № 33, str. 683).
24. Stępkowski. Ciąża zamaciczna. (Medycyna. 1899 r. № 38).
25. Troczewski. Przypadek ciąży brzusznej. (Gaz. Lek. 1897 r.).
26. Werth. Die Extrauterinschwangerschaft. (Handbuch der Geburtshülfe. F. v. Winckel. B. II. Teil II).
27. W. Warszawski. Przypadek XVI miesięcznej ciąży zamacicznej. (Kron. Lek. 1899 r. Zesz. V, str. 213).

Leczenie ropniaków jajowodów

Podług przemówienia na posiedzeniu ginekologicznem Tow. Lek. Warsz. d. 24 listopada 1911 r.

podał

ANTONI LEŚNIOWSKI.

Sz. P. P.!

Niektóre z najważniejszych zagadnień ginekologii, a więc sprawa raka macicy, sprawa włókniaków macicy, były wielokrotnie i wszechstronnie omawiane na naszych posiedzeniach ginekologicznych. Korzyść, z owych rozpraw płynąca, była — niewątpliwie — duża.

Sprawa leczenia ropniaków jajowodów nie doczekała się dotychczas równie wyczerpującego i wszechstronnego omówienia na naszych posiedzeniach. Wprawdzie była ona parokrotnie poruszana, lecz już to zgoła powierzchownie z racyi przypadkowego pokazu odnośnych okazów anatomicznych, już to dość jednostronnie była ujęta przez Dr. J. Czarkowskiego w jego przemówieniu o „Leczeniu chirurgicznem ropniaków jajowodów, powikłanych przetokami do kiszek i pęcherza moczowego, lub zwężeniem kiszek“ *). Wychodząc z założenia, że sprawa ropniaków jajowodów, osobliwie zaś — sprawa leczenia tychże, należy do pierwszorzędnych zagadnień nowoczesnej ginekologii, pozwoliłem sobie zabrać dziś głos w tej sprawie, a to w tym celu, byśmy na drodze rozpraw, które — prawdopodobnie — wyłonią się po mojem przemówieniu, możliwie wszechstronnie oświetlili, głównie za pomocą doświadczenia osobistego, tę tak ważną i tak często w życiu napotykaną sprawę chorobową.

---

*) Patrz „Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny“, tom VI, zeszyt II, str. 178.

Zacznę od przytoczenia trzech swoich własnych ostatnich spostrzeżeń. Jakkolwiek rozporządzam o wiele większą ich liczbą, przytaczam te właśnie spostrzeżenia dla tego, że z pośród moich spostrzeżeń były one najcięższe, i po za tem — zawierały najwięcej momentów, na których chciałbym właśnie najbardziej uwagę Sz. P. P. zatrzymać.

Spostrzeżenie I dotyczy 48-letniej W. U., żony urzędnika kolejowego z Grodziska. Do oddziału przybyła d. 15 kwietnia 1911 r. Mężatką jest od lat kilkunastu. Porodów i poronień nie przebywała. Od dłuższego czasu miewała dolegliwości w brzuchu, przeważnie dołem tegoż. Przed 6 tygodniami była na poradzie u D-ra Reuta. Od kilku dni ma dużą gorączkę, często — dreszcze, boleści w brzuchu, wymioty.

Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywiona dobrze. Skóra i śluzówki zabarwione różowo, tłuszczu sporo, obrzęków niema. Mięśnie i kości rozwinięte mocno. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym.

Brzuch mocno wzdęty, obmacywanie brzucha jest połączone z dużym bólem. W dole brzucha wzrokiem stwierdza się obecność znacznej guzowatości. Dwuręczne badanie ginekologiczne wykazuje, że część pochwowa macicy jest duża, ku górze ginie ona w guzie, który nader szczelnie wypełnia jamę miednicy małej i górnym swym odcinkiem uwydatnia się ponad wejściem do małej miednicy. Wobec bardzo żywej bolesności, powodowanej obmacywaniem brzucha oraz guza, było niepodobna obmacać tenże wystarczająco dokładnie. Tyle tylko dało się stwierdzić, że guz jest zupełnie nieruchomy, jest niejednostajnie spoisty: miejscami jest twardy, w innych miejscach znów — jakby chełbocący.

W ciągu następnych dni przekonano się, że chora mocno gorączkuje: wieczorami ciepłota ciała dobiegała 40° C.

Zwróciłem się do D-ra Reuta, u którego pacyentka była przed 6-iu tygodniami, i dowiedziałem się od niego, że w notatkach swoich ma zapisane u omawianej chorej włókniaki macicy oraz zapalne zmiany w przydatkach tejże. Wobec wszystkich powyższych danych rozpoznałem u pacyentki włókniaki macicy oraz gwałtowne obostrzenie się oddawna istniejącej sprawy ropnej jajowodów. Postanowiłem na razie wstrzymać się pewien czas z operacyą do chwili uspokojenia się tak gwałtownych objawów obostrzonej sprawy zakaźnej. Postanowienie to uległo niebawem zmianie, skoro przekonałem się, że pacyentka nadzwyczaj cierpi skutkiem ustawicznych gwałtownych bólów, które nie uspakajają się po stosowaniu nawet dużych ilości leków kojących, oraz — że stan jej ogólny w następstwie trawiącej gorączki, bezsenności, wymiotów zaczyna szybko podupadać Wobec tych wszystkich okoliczności już d. 19 kwietnia 1911 r. przystąpiłem do operacyi, która odbyła się w uśpieniu chloroformowem.

Cięcie w smudze od pępka do spojenia. Po przecięciu otrzewnej ułożono chorą w położeniu Trendelenburga, ranę ściany brzucha szeroko rozwarto rozszerzadłem automatycznem, i trzewa, które opadły w górną poło-

wę brzucha, bardzo starannie osłonięto serwetami. Wtedy można było widzieć, że jama małej miednicy jest całkowicie wypełniona masą guzowatą. W przedniej części tej masy można było wyodrębnić dno macicy, które sterczało do jamy brzucha w postaci guza, wielkości pięści, i było usiane włókniakami rozmaitej wielkości. Macica bardzo mocno przyciskała pęcherz moczowy do spojenia łonowego. Całą pozostałą część jamy miednicy małej po za macicą wypełniał guz torbielowaty, w którym po dokładnem rozejrzeniu się można było rozpoznać ropniaki obu jajowodów. Twory te — włókniakowa macica oraz ropniaki jajowodów — za pomocą starych zrostów były ściśle zlane ze sobą w guz, który szczelnie wypełniał całą jamę miednicy małej, i był nader mocno zrośnięty ze ścianami miednicy, z pęcherzem moczowym i odbytnicą, tak iż wobec tego o bezpośredniem wyłonieniu guza z jamy miednicy małej nie było mowy.

Chcąc, gwoli lepszego rozejrzenia się w stosunkach i powzięcia postanowienia co do planu dalszego postępowania, wydobyć guz nazewnątrz, popróbowałem wyosobnić na tępo za pomocą palca jajowody. Lecz ściany jajowodów były tak kruche, zrosty zaś znów tak mocne, że ściany co chwila nadrywały się, i przez powstałe otwory wypływała nazewnątrz w obfitej ilości ropa posokowata, wstrętnie cuchnąca, i mianowicie tak, jak cuchnie ropa wskutek zakażenia laseczníkiem okrężnicy. Wobec tego, mając na uwadze, że macica jest zwyrodniała włókniakowo, oba zaś jajowody zamieniły się na ropniaki, postanowiłem dokonać doszczętnego wycięcia macicy wraz z przydatkami.

Popodwiązywałem więc i poodcinałem więzy lejkowomiednicze i obłe, naciąłem poprzecznie przedni listek więzu szerokiego i otrzewną na przedniej powierzchni macicy, i — acz ze znaczną trudnością — odłuszczyłem pęcherz moczowy od macicy i na pewnej przestrzeni od pochwy. Naczynia maciczne wyosobniłem z pośród bliznowej tkanki przymacicza, podwiązałem i odciąłem.

Wówczas przystąpiłem do wyosobniania zwyrodniałych ropniakowo jajowodów. Nie było to wcale rzeczą łatwą. Za pomocą starych, potężnych zrostów poprzyrastały one nader ściśle do boków miednicy małej i do odbytnicy, dochodząc, jak to w dalszym przebiegu operacyi można było stwierdzić, aż do samego dna zatoki Douglasa, która to zatoka wobec dużych wymiarów włókniakowo zwyrodniałej, długiej macicy była bardzo głęboka. Podczas wyosobniania na tępo i na ślepo — ściany jajowodów w dalszym ciągu tu i owdzie naddzierały się, i przez powstałe otwory obficie wypływała posokowata, nadzwyczaj cuchnąca ropa. Otworów owych, wobec kruchości ścian ropniaków, niepodobna było zamknąć żadnem narzędziem; wyosabnianie tedy worków ropniakowych cały czas odbywało się śród dużego zbiornika posokowatej ropy.

Idąc powoli naprzód, udało się nareszcie oddzielić jajowody zarówno od ścian miednicy i od odbytnicy, jak i od tylnej powierzchni macicy. Nacięto wtedy otrzewną na tylnej powierzchni szyi macicy, oddzielono odbytnicę od pochwy, i odcięto poprzecznie górną $1/4$ część pochwy wraz z macicą i przydatkami tejże. Do pochwy wprowadzono pas muślinu.

Otrzewna miednicy małej była pokryta strzępami tkanek, nasiąkłych

posokowatą ropą, oraz tu i owdzie złogami włóknika, szczelnie do otrzewnej przylegającego.

Na przedniej ścianie odbytnicy, tuż poniżej wzgórka (promontorium), widać było podłużne całkowite rozdarcie ściany kiszki długości mniej więcej 2 cm. Próbowano otwór ten zaszyć, lecz niepodobna było tego wykonać, gdyż wobec kruchości ścian kiszki szwy przecinały, pozatem tkanki ściany kiszki były nasiąknięte cuchnącą posoką.

Wprowadzono wobec tego do zatoki Douglasa worek Mikulicza, obficie wypełniony paskami muślinu, resztę otworu w ścianie brzucha zaszyto szwem trzypiętrowym.

Przebieg pooperacyjny, naogół pomyślny, był szczególnie pomyślny dla chorej natychmiast po operacyi: żadnych objawów podrażnienia otrzewnej, ciepłota ciała prawidłowa, boleści znikły, chora natarczywie dopominała się o jedzenie.

Po upływie tygodnia po operacyi pacyentka zaczęła wskazywać na uczucie rozpierania w kiszkach i na niemożność samoistnego oddania stolca. Zalecono jej wlewanie do odbytnicy. W czasie wykonywania tego rękoczynu cały opatrunek nader obficie przemokł wlewaną wodą z rozpuszczonym w niej kałem, która to woda przedostała się do małej miednicy z odbytnicy przez niezarośnięty otwór w tejże. Wobec tego natychmiast wydobyto worek Mikulicza i włożono świeży.

Opatrunek zaczęto zmieniać codzień, ograniczając się na razie do wydobywania kału z jamy miednicy małej za pomocą szczypczyków. Po upływie kilku dni postępowanie zmieniono o tyle, że codzień wprowadzano do pochwy wziernik, przez otwór zaś w ścianie brzucha lano obficie z irygatora płyn, który poprzez otwór w pochwie wypłukiwał kał z miednicy małej. Z początku cały kał z odbytnicy dostawał się przez otwór w tejże do jamy miednicy małej; stolców samoistnie drogą naturalną chora wcale nie oddawała. Powoli jednak, w miarę zwężania się otworu w odbytnicy, coraz mniej kału zaczęło dostawać się do jamy miednicy, coraz więcej natomiast zaczęło wydostawać się przez odbyt. Kanał przetokowy w ścianie brzucha zwężał się dość szybko, również i otwór w pochwie. Stan ogólny chorej stawał się coraz lepszy.

W przebiegu gojenia się chora przebyła obustronne zapalenie żył zakrzepowe obu kończyn dolnych.

Po upływie 9 tygodni pacyentka opuściła oddział na własnych nogach, jej stan ogólny poprawił się znacznie, ciepłota ciała prawidłowa, stolce oddaje przeważnie drogą naturalną. Na brzuchu pozostaje wązka przetoka, otwór w pochwie jeszcze dość znaczny. Pacyentce poleciłem robić codzień kąpiel, 2 razy dziennie przestrzykiwać sobie pochwę *).

* * *

*) Co kilka tygodni pacyentka przyjeżdża pokazać się. Po raz ostatni widziałem chorą w początkach lutego 1912 r. Stan ogólny zupełnie pomyślny, rzec można — kwitnący. Stolce odchodzą drogą naturalną. Na

Przypadek II dotyczy 25-letniej mężatki C. D. Od czasu zamążpójścia, t. j. od 3 lat—upławy i bóle dołem brzucha z obydwóch stron tegoż. Przed dwoma miesiącami dostała gorączki, wymiotów. Od tego czasu — ciągle bóle w dole brzucha, w krzyżu, mdłości. Zawezwany lekarz stwierdził obecność guza w brzuchu, i zalecił chorej udać się do szpitala, dokąd przybyła 27 grudnia 1910 r. Badanie chorej w oddziale wykryło w jamie brzucha guz twardy, mało ruchomy, o powierzchni gładkiej, wypełniający całe podbrzusze z lewej strony. Guz sięga ku górze na dwa palce poprzeczne powyżej pępka, na prawo dochodzi do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha prawego, na lewo — do kolca biodrowego przedniego górnego lewego. Dolny odcinek guza zanurzał się do jamy miednicy małej. Badanie ginekologiczne wykrywa, że macica znajduje się wysoko, część pochwowa macicy jest zwrócona na lewo, ku górze zaś — bezpośrednio przechodzi w guz wyżej wymieniony, tak że trzonu macicy osobno od guza wymacać nie można. Dolny odcinek guza wymacuje się w miednicy małej na stronie prawej.

D. 13 stycznia 1911 r. dokonał chorej Dr. Sawicki cięcia brzucha. Cięcie zaczynało się nieco powyżej pępka w smudze i kończyło się nad spojeniem łonowem. Po przecięciu otrzewnej widać było guz naprzeciwko rany. Od góry widać w ranie wolną pętlę jelit cienkich i sieć dużą, przyrosłą do guza szerokiem pasmem. Na przedniej ścianie guza przebiega poprzecznie twór kiełbasowaty, grubości napełnionego jelita cienkiego: jest to zgrubiały, wypełniony jajowód. Sieć przyrosłą podwiązano i odcięto od guza, guz wyłoniono nazewnątrz. Miał on wielkość głowy paromiesięcznego dziecka i był przyklejony do ścian miednicy dużej, i w części — małej. Lewy jajowód tworzył ów gruby twór kiełbasowaty, który leżał na przedniej powierzchni guza. Jajowód łączył właśnie guz z macicą, która była powiększona i miękkawa. Prawostronne przydatki wyglądają prawidłowo.

Guz wraz z jajowodem wycięto. Tu i owdzie na ścianie miednicy pozostały złogi włóknika, które łączyły guz ze ścianą. Wobec tego wprowadzono do miednicy małej worek Mikulicza, ponad workiem ranę w ścianie brzucha zaszyto.

Usunięty guz jest to twór torbielowaty, o ścianie grubości około 1 mm.; na wewnętrznej powierzchni ściana guza nierówna. Zawartość guza stanowi gęsta ropa. Guz łączy się bezpośrednio z końcową częścią jajowodu, rozszerzonego i również napełnionego ropą.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. 10-go dnia po operacyi usunięto worek Mikulicza, poczęto wprowadzać pasek muślinu. Rana szybko wypełniała się ziarniną, zwężała się, stan ogólny chorej poprawiał się coraz bardziej, i po upływie $7^1/_2$ tygodnia po operacyi pacyentka opuściła oddział z niegłęboką, ładnie ziarninującą raną.

D. 8 czerwca 1911 r. przybyła pacyentka po raz wtóry do oddziału,

---

brzuchu pozostaje otworek włoskowaty, przez który w ciągu doby wydobywa się parę kropli śluzu. Przez pochwę wydziela się bardzo mało kału — jak ziarnko soczewicy i mniej. (Autor).

gdyż z rany od pewnego czasu wypływa bardzo obficie cuchnąca ropa. Na brzuchu, w bliźnie po dokonanej operacyi, w środku pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem widać otwór o średnicy połowy centymetra, z którego obficie wydostaje się ropa. Zgłębnik idzie przez ten otwór do przetoki wgłąb na mniej więcej 15 cm. Sądząc na razie, że pogorszenie się gojenia się rany zależało od niedość starannych i nieodpowiednich opatrunków, zaczęto przetokę opatrywać codziennie, mianowicie przemywano ją wodą utlenioną, wstrzykiwano zawiesinę jodoformową i sączkowano za pomocą pasków gazy. Na razie ilość wydzieliny znacznie zmniejszyła się, lecz niebawem wydzielina znów zaczęła być bardzo obfita. Wobec tego d. 4 lipca 1911 r. w uśpieniu chloroformowem przetokę znacznie rozszerzono i mocno rozepchano ją paskami gazy. Opatrunki w dalszym ciągu robiono codzień, ropienie jednak wciąż było bardzo obfite, ropa wstrętnie cuchnąca. D. 29 sierpnia 1911 r. znów w uspieniu chloroformowem wykonano pacyentce zabieg, mianowicie poprowadzono przez przetokę cięcie, przyczem od góry otworzono jamę otrzewnej, którą natychmiast zamknięto gazą jodoformową. Kanał przetoki mocno rozszerzono aż do dolnego tejże końca, który leżał po za macicą, przylegając do lewego jej boku. Kanał szczelnie wypchano gazą. Wkrótce po tym zabiegu Dr. Sawicki wyjechał na urlop i pozostawił chorą mojej opiece. Opatrunki zmieniano codziennie. I na ten raz ropienie w dalszym ciągu było bardzo obfite, ropa odrażająco cuchnąca. Ciepłota ciała była wciąż znacznie zwiększona, stan ogólny chorej zaczął widocznie podupadać.

Wobec powyższego widziałem się zmuszonym znów uciec się do zabiegu, który wykonałem d. 28 września 1911 r. w uśpieniu chloroformowem. Najpierw wyskrobałem z przetoki masy ziarninowe, obficie ją wyjodynowałem i wypchałem muślinem wyjałowionym. Następnie od prawego obwodu przetoki poprowadziłem poprzeczne cięcie, długości przeszło 5 cm., na prawo od przetoki poprzez wszystkie warstwy ściany brzucha. Po nacięciu otrzewnej starałem się palcem, wprowadzonym do jamy otrzewnej, przekonać się, dokąd prowadzi przetoka, lecz w ten sposób trudno było dokładnie oryentować się. Wobec tego od cięcia poprzecznego poprowadzono przy prawym obwodzie przetoki i w górę i na dół cięcie podłużne; w ten sposób otrzymano duży otwór w otrzewnej.

Po nacięciu otrzewnej ułożono chorą w położeniu Trendelenburga, kiszki, opadłe ku przeponie, starannie osłonięto płatami muślinu wyjałowionego, szeroko rozwarto brzegi rany i wówczas zupełnie swobodnie dało się widzieć, że twór postronkowaty, grubości dużego palca, w którym to tworze mieściła się przetoka, zdążał ku małej miednicy po za macicę, i tam kończył się w guzie torbowatym, wielkości pięści, który od przodu był nader ściśle zrośnięty z tylną powierzchnią macicy, od tyłu zaś również rozlegle i mocno był starym, tęgim zrostem spojony z odbytnicą. Postanowiłem ten twór torbielowaty wraz z kanałem przetokowym usunąć. W tym celu cięciem okólnem oddzieliłem do reszty brzegi przetoki od sciany brzucha, kiszki starannie osłoniłem suchym muślinem wyjałowionym, i zacząłem wyosabniać twór postronkowaty, zawierający przetokę. U góry był on na znacznej przestrzeni starym, tęgim zrostem złączony z pęcherzem moczo-

wym, którego ściany również były mocno nacieczone, stwardniałe, niepodatne, tak, iż w pierwszej chwili niepodobna było zdać sobie sprawę, z jakim tworem mamy tu do czynienia; wskutek wspomnianych zmianch orobowych rozróżnienie granic pojedynczych organów i tworów nastręczało bardzo duże trudności. Posuwając się jednak naprzód powoli, milimetr za milimetrem, prawie wyłącznie za pomocą noża oddzielono pęcherz moczowy bez uszkodzenia tegoż, i dotarto do guza torbielowatego. Następnie, rówież za pomocą noża, oddzielono guz najpierw od tylnej powierzchni macicy, a następnie i od odbytnicy. Zrost pomiędzy guzem i kiszką był tak ścisły, tkanki tak bliznowo pozmieniane i pozlewane ze sobą, że rozróżnić, gdzie kończy się ściana guza, gdzie zaczyna się ściana kiszki, było wprost niepodobieństwem. Oddzielając tedy guz od odbytnicy za pomocą noża, przecięto przednią ścianę kiszki podłużnie, na przestrzeni około 5 cm. Brzegi otworu w kiszce po ścięciu z nich grubej warstwy tkanki bliznowej i po dotarciu w ten sposób do mniej zmienionych tkanek, zespolono dwupiętrowym szwem jedwabnym. Ostatecznie wydobyto guz na zewnątrz. Pokazało się, że omawiany guz był torbielowato rozdętym końcem zewnętrznym prawego jajowodu. Jajowód ten wycięto całkowicie. Jakkolwiek należałoby wyciąć tu i macicę, lecz wobec tego, że była ona nadzwyczaj ściśle pozrastana i z pęcherzem moczowym, i z odbytnicą, z drugiej zaś strony, mając na względzie lichy stan ogólny chorej i długie trwanie operacyi, musiano zaniechać wycięcia macicy. W miednicy małej, po za macicą, powstała duża jama o poszarpanych, zmiażdżonych ścianach, znacznie krwawiących miąższowo. Do jamy tej wprowadzono worek Mikulicza, pozostałą część rany ściany brzucha zaszyto. Opatrunek.

Parę pierwszych dni po operacyi stan ogólny chorej — ciężki. Ciepłota ciała przekraczała 38°, chora miewała mocne bóle w brzuchu, wymioty; tętno drobne, słabo wypełnione. Chorą pobudzano wstrzykiwaniami kamfory. Po kilku dniach wszakże stan chorej zaczął dość szybko poprawiać się, i dalszy przebieg zdrowienia był bardzo pomyślny. Ciepłota ciała powróciła do wysokości prawidłowej. W tydzień po operacyi miała prawidłowe wypróżnienie.

9-go dnia po operacyi—usunięto worek Mikulicza i wkładano do rany już tylko pasek muślinu. Ropienie z rany nie obfite. Po paru tygodniach zaczęła opuszczać łóżko — po upływie zaś 5-iu tygodni opuściła oddział w stanie ogólnym zdrowia bardzo pomyślnym, z raną niegłęboką, dobrze wypełniającą się ziarniną, i leczyła się w dalszym ciągu ambulatoryjnie.

Wycięty u tej chorej guz przedstawiał się, jak następuje. Najpierw mamy twór kiełbasowaty, zawierający kanał przetokowy. Jest on grubości dużego palca, ku dołowi rozszerza się i kończy się u dołu tworem balonowatym. Po podłużnem przecięciu tworu kiełbasowatego było widać, że był on wypełniony cuchnącą ropą i łączył się bezpośrednio z jamą tworu balonowatego. Po przecięciu tego ostatniego było widoczne, że był to — znacznie rozciągnięty jajowód prawy; był on również wypełniony taką samą ropą, jak i ów twór kiełbasowaty. Ściany jajowodu od wewnątrz pokryte gładką, dobrze zachowaną, bardzo mocno przekrwioną błoną śluzową. W dolnej ścianie rozszerzonego jajowodu znajdował się otwór, mający $^3/_4$ cm.

średnicy, za pomocą którego jama ropniaka jajowodu łączyła się z niedużą jamą, wypełnioną również ropą; był to zropiały jajnik prawy. Mieliśmy tedy do czynienia z t. zw. „ropniem jajowodowojajnikowym“ (abscessus tuboovarialis), który otworzył się był do kanału, pozostałego po pierwszej operacyi — wycięcia ropniaka jajowodu lewego; stąd — uporczywość powstałej w ten sposób przetoki.

Ponieważ w przebiegu pierwszej operacyi znaleziono, że prawostronne przydatki macicy poważniejszych zmian nie nastręczały, jest oczywiste, że ów ropień jajowodowojajnikowy rozwinął się już w okresie czasu po pierwszej operacyi.

* * *

Przypadek III-ci dotyczy 28-mio letniej hafciarki A. W., która była dwa razy w oddziale. Po raz pierwszy przybyła do oddziału 2 marca 1910 r. Dowiedzieliśmy się od niej wówczas, co następuje. Jest niezamężna. Przed 8-iu laty urodziła dziecko. Chora jest od 2-ch miesięcy, mianowicie w czasie peryodu dostała mocnych dreszczów i mdłości. Zażyła środek czyszczący, poczem dostała silnych boleści dołem brzucha; boleści te trwały 6 dni z rozmaitem natężeniem. Zawezwany lekarz skierował ją do szpitala, dokąd ona udała się. Tam zaproponowano jej operacyę. Na operacyę chora nie zgodziła się, poczem ją ze szpitala wypisano. Od owego czasu ciągle miewała boleści, wychudła, osłabła. Ostatni peryod miała przed miesiącem, był on znacznie mniej obfity, niż zwykle, i trwał tylko 2 dni. Poprzednio miewała peryody regularnie, co 4 tygodnie po 5—6 dni.

Badanie chorej wykrywa wzrost średni, budowę ciała prawidłową, odżywiana chora licho. Skóra i śluzówki blade, skóra ma odcień żółtawy. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym.

Brzuch mocno wypukla się. Wymacuje się w nim guz twardy, chełbocący, mało ruchomy, zajmujący środkową część brzucha. Górna granica guza sięga na trzy poprzeczne palce po nad pępek, granice boczne dochodzą do linii pionowych, poprowadzonych z obu stron przez środek więzów Pouparta. Wielkość guza odpowiada wielkości macicy w 7-ym miesiącu ciąży. Badając chorą dwuręcznie, wyczuwamy dolną część guza od dołu: wypełnia ona znaczną część miednicy małej. Część pochwowa macicy jest mocno odsunięta ku przodowi poza spojenie łonowe, trzon macicy ginie w górze w masie guza. Poza guzem wymacuje się duży wysięk ciastowaty, w który guz jest jakby wlepiony. Obmacywanie guza i wogóle brzucha jest znacznie bolesne, wskutek tego dokładne zoryentowanie się w stosunkach jest znakomicie utrudnione. Chora gorączkuje.

Na mocy powyższych danych rozpoznano u chorej obecność w jamie brzucha guza torbielowatego, prawdopodobnie — zropiałej torbieli jajnika lewego, poprzyrastałej do ścian brzucha.

Chora stale gorączkowała, stan jej wyraźnie podupadał, wobec tego 9 marca 1910 r. przystąpiłem do zabiegu operacyjnego. Chorą uśpiono chloroformem. Cięcie w smudze od pępka do spojenia łonowego. Posuwając się bardzo ostrożnie warstwowo w głąb, przeciąłem otrzewną ścienną i niebawem przekonałem się, że do przedniej ściany brzucha jest w samej

rzeczy mocno przyrośnięta ściana torbieli. Zacząłem probować oddzielić ścianę torbieli od otrzewnej ściennej, lecz zrost był nader mocny, stary, i oddzielenie udało się zaledwie na bardzo niedużej przestrzeni. Podczas tego oddzielania ściany torby palcem, naraz ściana jej naderwała się, i poczęła z torbieli bardzo obficie, pod dużem ciśnieniem, wypływać ciecz gęsta, ropiasta, żółto-zielonkawa, o mdłej woni, jaką miewa zawartość zropiałych torbieli skórzastych. Wobec tak mocnego przyrostu torbieli do ściany brzucha z jednej strony, wobec obfitego wypływania ropnej zawartości guza z drugiej, wahałem się, co mam począć dalej: czy, mianowicie, mam dalej probować za wszelką cenę wyosobnic i usunąć torbiel, czy też—ograniczyć się na wszyciu jej w otwór ściany brzucha. Rozglądając się dokładniej w ścianie torbieli, zauważyłem, że składa się ona z wyraźnie zaznaczonych 2-ch warstw: zewnętrznej i wewnętrznej. Wówczas przyszła mi do głowy myśl, czy nie dałoby się wyłuszczyć wewnętrznej warstwy torby, pozostawiając w brzuchu zewnętrzną. Zacząłem tedy wyosabniać warstwę wewnętrzną, i pokazało się, ze idzie to dość łatwo; na dużej przestrzeni, mianowicie od góry, od przodu i tyłu, z boków oddzieliłem ją ze znaczną łatwością, natomiast dolny odcinek tej warstwy zagłębiał się do miednicy małej, dokąd dostęp był już znakomicie utrudniony; tu obie warstwy były mocno ze sobą zespolone, wskutek tego, by nie przedłużać zbytnio zabiegu na chorej, mocno chorobą wyniszczonej, i nie rozedrzeć torbieli w całej grubości, odciąłem wyosobnioną część warstwy wewnętrznej, pozostawiając jej niedużą część dolną. Powstałą w ten sposób jamę w torbieli wypełniłem workiem Mikulicza *).

Przebieg pooperacyjny, na ogół dosyć pomyślny, był od czasu do czasu zakłócany zwiększaniem się ciepłoty ciała do 39^0 c. Wówczas z dolnej części rany wydzielała słę spora ilość ropy, podobna do tej, jaką znaleziono w torbieli w przebiegu operacyi, i wkrótce potem ciepłota powracała do stanu prawidłowego.

Powoli jama rany znakomicie skurczyła się, rana wypełniła się ładną ziarniną, stan ogólny chorej zaczął poprawiać się. Po upływie 8-iu tygodni po operacyi dnia 5 maja 1910 r. chora na własnych nogach opuściła oddział z drobną ładnie ziarninującą powierzchnią.

W początkach października 1911 r. pacyentka zgłosiła się do mnie po raz wtóry. Ogólny stan zdrowia jej doskonały, odżywiona dobrze, a nawet nadmiernie. Cały okres czasu od operacyi czuła się pomyślnie. Od pewnego zaś czasu w miejscu blizny w ścianie brzucha nad spojeniem łonowem zaczęło wytwarzać się wypuklenie, co ją zatrwożyło, i dlatego zgłosiła się do mnie o poradę. Znalazłem w samej rzeczy w miejscu blizny pooperacyjnej

---

*) O chorej tej wspominałem na posiedzeniu ginekologicznem naszego Tow. Lek. w d. 27 maja 1910 r. z powodu przemówienia Dr. Neugebauera w sprawie zropiałej torbieli skórzastej. Ponieważ wycięta warstwa wewnętrzna torbieli nie była zbadana mikroskopowo, byłem wówczas przekonany, że w przypadku moim chodziło o zropiałą torbiel jajnikową, i za taką ją wtedy podałem (Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny Tom III, Zesz. III, str. 364).

przepuklinę, wielkości orzecha włoskiego, a ponieważ chora, z zawodu hafciarka, musi ciężko pracować fizycznie na odpowiedniej maszynie, przeto zaproponowałem jej operacyę, na którą chętnie zgodziła się.

Dnia 2 października 1911 r. pacyentka przybyła do oddziału. Tu stwierdzono stan podgorączkowy (do 37,5° C.), narządy wewnętrzne znaleziono zupełnie prawidłowe. W miednicy małej wymacuje się powiększona mało ruchoma macica, a na prawo od niej — duży guz wielkości przeszło pięści.

Dnia 13 października 1911 r. wykonałem operacyę. Chorą uśpiono chloroformem. Cięciem owalnem wyciąłem najpierw z brzucha bliznę po pierwszej operacyi. Po przecięciu otrzewnej w górnej części cięcia, znaleziono, że od dolnej części blizny zdąża wgłąb do miednicy małej twarde niepodatne pasmo, grubości dwóch palców, oczywiście była to pozostałość po zewnętrznej warstwie torbieli, znalezionej podczas pierwszej operacyi. Tuż po za spojeniem łonowem pasmo to było bardzo ściśle zrośnięte mocnym twardym bliznowym zrostem z pęcherzem moczowym, który w ten sposób był poniekąd zlany w jedną całość z owym tworem postronkowatym, tak iż w pierwszej chwili wprost niepodobna było zdać sobie sprawy, z czem mamy tu do czynienia. Dopiero wprowadzenie cewnika metalowego do pęcherza moczowego pozwoliło stwierdzić, że właśnie z pęcherzem mamy do czynienia, oraz z pewnem przybliżeniem określić granicę ścian pęcherza moczowego. Wyosobnienie pęcherza moczowego odbywało się nadzwyczaj mozolnie, albowiem udawało się to tylko za pomocą noża; wypadało posuwać się naprzód jak najostrożniej, milimetr za milimetrem. Ostatecznie udało się oddzielić pęcherz bez uszkodzenia tegoż. Ściana pęcherza moczowego, szczególnie jej część górna i tylna, były bardzo mocno nacieczone, twarde, niepodatne, skutkiem oddzielania nadzwyczaj zmaltretowane.

Po oddzieleniu pęcherza moczowego można było widzieć, że ów twór postronkowaty dochodził ku dołowi do lewego rogu macicy, że był on zatem resztką lewego jajowodu. Jednocześnie stało się oczywistem, że owa rzekomo zropiała torbiel jajnikowa, którą znaleźliśmy w czasie pierwszej operacyi, była w rzeczywistości niezwykle dużych wymiarów ropniakiem lewego jajowodu. Na prawo od macicy znajdował się twór torbielowaty, wielkości około dwóch pięści, pogrążony cały w jamie miednicy małej. Dokładniejsze rozejrzenie się pozwoliło stwierdzić, że był to ropniak jajowodu prawego. Duża macica, ropniakowo zwyrodniały jajowód prawy, mocno zgrubiały i nacieczony lewy wiąz szeroki były bardzo ściśle i mocno pozrastałe ze ścianami miednicy małej, od tyłu zaś bliznowym twardym zrostem przymocowane do odbytnicy. Oddzielenie tej ostatniej było równie mozolne, jak oddzielenie pęcherza moczowego, i dało się uskutecznić przeważnie za pomocą noża bez obrażenia ściany kiszki.

Wtedy, ujmując zaciskadłem Kochera i odcinając, oddzielono od macicy najpierw lewy wiąz szeroki i lewostronne naczynia maciczne. Następnie probowano wyłonić na zewnątrz ropniakowy jajowód prawy, lecz był on tak mocno poprzyrastały do otoczenia, że nie podobna było bez obawy uszkodzenia narządów sąsiednich wyosobnić go na tępo. Wobec tego poradziłem sobie tak, jak w pierwszej operacyi: nacięto na ropniaku zgrubiałą otrzewną i poczęto na tępo wyłuszczać ropniak podotrzewnowo. Udało się

to wykonać z jaknajwiększą trudnością, szczególniej w głębi miednicy małej, wszakże bez otwarcia torby. Za pomocą zaciskadeł Kochera zaciśnięto i odcięto od macicy prawy wiąz szeroki, prawe naczynia maciczne i nareszcie odcięto wyosobnioną macicę nadpochwowo. Kikut macicy zaszyto jednem piętrem szwów, które nałożono dość niedokładnie, gdyż, wskutek kruchości tkanki macicy, szwy przecinały macicę. Naczynia pozawiązywano za pomoca obkłucia. Po za kikut macicy aż do dna miednicy małej włożono worek Mikulicza, ponad workiem otwór w ścianie brzucha zaszyto. Opatrunek przeciwgnilny. Zalecono co dwie godziny podskórne wstrzykiwanie kamfory. C. w. 37.

D. 14 października. C. r. 37,1, t. drobne. Wymioty. Wiatry nie odchodziły, boleści umiarkowane, mocz oddawała sama 2 razy. Co 3 godziny kamfora. C. w. 37,6.

D. 15 października. C. r. 37. Stan ogólny dość pomyślny, wymiotów niema, tylko mdłości. Wiatry odeszły parę razy. Mocz oddaje sama. C. w. 38.

D. 16 października. C. r. 35,8, t. dobrych własności. Czuje się nieźle. Wymiotów nie było, wiatry odchodziły. C. w. 37,4.

Dalszy przebieg zupełnie pomyślny. Ciepłota ciała po kilku dniach powróciła do stanu prawidłowego. Dziewiątego dnia po zabiegu usunięto worek Mikulicza. Ropienie z głębi rany nie obfite. Jama szybko zmniejszała się. Żadnych zaburzeń ze strony pęcherza moczowego nie spostrzegano. Stan ogólny poprawiał się bardzo szybko. Po upływie miesiąca po operacyi zaczęła pacyentka wstawać, po upływie zaś 5-ciu tygodni opuściła oddział z ładnie ziarninującą powierzchowną raną, i zjawia się ambulatoryjnie na opatrunki.

* * *

Tak przedstawiają się moje 3 ostatnie przypadki ropniaków jajowodów, przypadki, jak to widać z powyższego opisu, pod wielu względami bardzo ciężkie, i jednocześnie — bardzo zajmujące. Zanim przejdę od kazuistyki do podania uwag ogólnych i wniosków w sprawie leczenia ropniaków jajowodów, pozwolę sobie przypomnieć tu niektóre dane, dotyczące omawianej sprawy chorobowej, które dadzą nam możność uzasadnić należycie owe uwagi ogólne i wnioski.

Dokładniejsze wiadomości odnośnie ropnych spraw jajo wodów są nowszej daty; datują się one od czasu czynnego wtrącenia się chirurgii do leczenia spraw zapalnych przydatków macicy. Ropniaki jajowodów są jednem z następstw ropnego zapalenia jajowodów. Na podstawie bardzo ścisłych badań zakaźne pochodzenie spraw zapalnych, względnie — spraw ropnych jajowodów znajduje się w dobie dzisiejszej poza dyskusyą, i dziś chodzi już tylko o to, jakie drobnoustroje i jakiemi mianowicie drogami dostają się do jajowodów.

Ropne zapalenie jajowodów bywa wywoływane przez rozmaite drobnoustroje, do głównych wszakże przyczyn ropnego zapalenia jajowodów bezsprzecznie należy zaliczyć zakażenia septyczne i wiewiórowe. Śród zakażeń septycznych pierwsze miejsce zajmuje zakażenie septyczne połogowe. Inne rodzaje zakażenia, w porównaniu z powyższymi, przytrafiają się na ogół rzadko. Hartman i Moras na 33 zbadane dokładnie przypadki w 13 znaleźli zakażenie wiewiórowe, Witte z pośród 39 przypadków — w 7-iu, Jayle z pośród 30 — w 4-ch, Menge w 25% badanych przypadków. Prócz wyżej wymienionych drobnoustrojów: wiewiórowych i łańcuszkowców — wykrywano w ropniakach jajowodów jeszcze następujące: gronkowce, laseczniki okrężnicy, koki zapalenia płuc, duru brzusznego, lasecznik gruźlicy. Diplokoka zapalenia płuc Fraenkel-Weichselbauma znaleźli Whiteside i Walton w 3% przypadków; pneumokok był znaleziony przez Schenka, lasecznik duru brzusznego przez Kocha. Ten ostatni przypadek jest bardzo zajmujący: 28-io letnia kobieta zachorowała z objawami duru brzusznego; po upływie zaś 2-ch miesięcy dostała obustronnego zapalenia przydatków macicy i otrzewnej miedniczej. Cięcie brzucha: znaleziono zapalenie prawego jajowodu, z jego zawartości wyhodowano lasecznika durowego. Należy przyjąć, że drobnoustroje dostały się tu do jajowodu drogą krwi, i że w wydzielinie jajowodu są one w stanie długi czas pozostać żywotnymi, jak to widuje się i w żółci. Wykrywano i beztlenowce: Witte znalazł w zapalnie zmienionym jajowodzie lasecznika obrzęku złośliwego, Robb i Ghriskey — bacillus proteus i t. d. Spostrzegano wreszcie ropne zapalenie jajowodów w przebiegu odry, szkarlatyny, ospy; być może, była to tylko koincydencya, lub też miano do czynienia z zakażeniem wtórnem. Należy zauważyć, że jałowość ropy w ropniaku jajowodu bynajmniej nie jest dowodem niedrobnoustrojowego pochodzenia ropy. Z badań rozmaitych badaczów wynika, że w czasie ostrego okresu zapalenia jajowodu wykazanie drobnoustrojów z wydzieliny zapalnej udaje się łatwiej, niż gdy już doszło, po zamknięciu się brzusznego otworu jajowodu, do wytworzenia się ropniaka jajowodu. Jest rzeczą oczywistą, że drobnoustroje w ropniaku jajowodu rychło obumierają w powstałej ropie, i podobnie do tego, co dzieje się w sztucznych hodowlach drobnoustrojów, długi czas

przechowywanych, giną w wytworach swojej własnej przemiany materyi.

Wskazywano również na istnienie zakażenia mieszanego drobnoustrojami wiewiórowymi oraz innymi. Na korzyść takiej możliwości wypowiedzieli się, Schmorl, Fritsch, Leopold, Saenger, Martin. Menge patrzy na tę sprawę inaczej. Zdaniem jego, w razie współżycia drobnoustrojów, należy wykryć wszystkie gatunki drobnoustrojów zarówno w tkance chorej, jak i w wytworach zapalenia. Ponieważ nie udało się to dotychczas w sposób wystarczająco niezbity, wobec tego istnienie zakażenia mieszanego jest przez Mengego podawane w wątpliwość. Podług niego, jak i podług Kroeniga, zarazek wiewiórowy jest w stanie wypierać z tkanek osiadłe tam inne drobnoustroje. Wreszcie dochodzi Menge do poglądu, że nie zdarza się dłuższe współżycie drobnoustroju wiewiórowego z innymi drobnoustrojami, z wyjątkiem, być może, lasecznika gruźlicy.

Jest rzeczą niewątpliwą, że ropienie w jajowodach pochodzenia gruźliczego zdarza się w niektórych okolicach nadzwyczaj często, i że po dokładnem badaniu makro i mikroskopowem bywa rozpoznawane o wiele częściej, niż poprzednio.

Ponieważ dla wyboru sposobu leczenia ropniaka jajowodów jest rzeczą dużej wagi wiedzieć, jak często przytrafiają się w jajowodach te lub inne rodzaje drobnoustrojów, przeto zwrócimy w tej chwili na tę okoliczność większą uwagę. Ostatnimi czasy starano się za pomocą statystyk ustalić stosunek częstości napotykania rozmaitych drobnoustrojów, wywołujących ropne zakażenie jajowodów. Początkowo określano rodzaj zakażenia jajowodów na mocy danych wywiadowczych. Dopóki, wszakże, opierano statystyki na danych, otrzymanych jedynie z wywiadów, zestawienia posiadały przeważnie bardzo małą wartość naukową. Dopiero gdy zaczęto gromadzić przypadki, w których określono rodzaj zakażenia za pomocą ścisłych sposobów, stosowanych w bakteryologii, nabrały statystyki wartości należytej. Statystyki, otrzymane za pomocą I-go i II-go sposobu, jak to zobaczymy niebawem, bynajmniej nie pozostają w zgodzie ze sobą.

Przytoczymy tu najpierw tabelkę, wykazującą częstość rozmaitych rodzajów zakażenia jajowodów, sporządzoną na mocy

danych wywiadowczych, zapożyczoną z pracy Martina „Die Krankheiten der Eileiter“ r. 1895, T. I, Str. 161:

	Wiewiór	Septyczne		Gruźlicze	Kiła	Niewiadome	Przenies. nieżyt	Razem
		połog.	niepołog.					
Martin	198	283	—	17	10	—	1258	1766
L. Tait	19	16	11	—	—	17	—	63
Boldt	25	30	1	2	3	9	24	94
Rosthorn	37	45	—	—	—	73	—	155
	279	374	12	19	13	99	1282	2078

Z tablicy tej, która, jak to widać, zawiera zresztą i rubryki wielce nieokreślone, wynika, że zakażenie wiewiórowe w jajowodach jest o wiele mniej częste, niż zakażenie septyczne.

Jeżeli, natomiast, zestawimy w tablicy dane, otrzymane przez rozmaitych badaczów za pomocą ścisłego, naukowego badania bakteryologicznego, to przedstawią się one w sposób następujący.

	Wiewiór		Septyczne		Pneumoc.	l. okrężnicy	Nieokreśl.	Jałowe	Razem
	czyst.	miesz.	łańc.	gronk.					
Wertheim	32	—	6	1	1	—	4	72	116
Frommel	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Charrier	5	4	—	—	—	—	—	6	15
Prochownik	1	—	21		—	—	—	5	27
Schauta	23	—	15		—	1	—	69	108
Martin	15	6	7		5	2	11	63	109
Witte	7	—	6		—	—	2	24	39
Menge	28	—	4	1	—	—	—	89	122
	111	10	61		7	3	17	328	537

Z tej ostatniej tablicy, w której mamy zestawione dane badań autorów, którzy wykonali bardziej liczne tego rodzaju

badania, wynika, że na 537 badań ściśle bakteryologicznych przypada jałowych 328 przypadków, czyli 63%, a więc prawie ²/₃ wszystkich przypadków badanych. Z pośród pozostałych 209 przypadków, w których wykryto obecność drobnoustrojów, przypada 57,9% na zakażenie wiewiórowe, co stoi w bardzo wyraźnem i jaskrawem przeciwieństwie do liczb tablicy poprzedniej, podług której dość znaczna przewaga przypada na korzyść zakażenia septycznego.

Z tablicy tej da się również wyprowadzić wniosek, że, bądź-co-bądź, w 37% ropienia w jajowodach dają się wykryć w ropie żywe i zdolne do życia drobnoustroje. Jakkolwiek, jak to tylko co widzieliśmy, więcej niż połowa, bo 57,9% tych przypadków przypada na zakażenie wiewiórowe, zarazki zaś wiewiórowe, jak to podaje Bumm w swojej rozprawie „Jak obchodzić się z otrzewną podczas operacyi? Co otrzewna znosi, a czego nie znosi" *), o ile są same, bez domieszki innych drobnoustrojów, są bardzo mało szkodliwe dla otrzewnej, to jednak z jednej strony nawet w razie ropniaka jajowodu na tle wiewiórowem powstałego możemy przecież mieć do czynienia z zakażeniem mieszanem, wszystko jedno, czy to zakażenie jest mieszane od początku zachorowania, czy dołączyło się dopiero wtórnie, z drugiej strony—jak to zobaczymy niżej — w obecnej chwili posiadamy zamało danych klinicznych, by na mocy ich być w możności rozpoznać, z jakiego rodzaju drobnoustrojami mamy do czynienia w ropie danego ropniaka jajowodu. Niektóre z nich, jak to również zabaczymy niżej, naprz. pneumokoki, są znów nadzwyczaj dla otrzewnej szkodliwe. Stąd wniosek, że, przystępując do operacyi usunięcia ropniaków jajowodów, w każdym przypadku jesteśmy obowiązani w przebiegu tejże w jednakowym stopniu zastosować jaknajwiększe środki ostrożności, nie dając się bynajmniej skusić głosom, zapewniającym, że ropa w ropniakach jajowodów jest w olbrzymiej większości przypadków jałowa.

Prócz pytania, jak często ropa w ropniakach jajowodów jest jałowa, lub zakaźna, i jakie, i jak często bywają napotykane drobnoustroje w ropie ropniaków jajowodów, jest równie

*) Patrz Przegl. Chir. i Gin. tom VI, zeszyt II, str. 217 (streszczenie).

zajmęjące pytanie, skąd, jakiemi drogami przenosi się zakażenie do jajowodów. Dokładne zrozumienie, wyraźne uprzytomnienie sobie tej sprawy może niejednokrotnie dopomódz do rozpoznania, z jakiem mianowicie zakażeniem mamy do czynienia w tym lub innym przypadku ropniaka jajowodu, co, być może, po bliższem poznaniu spraw tego rodzaju i po dokładnem wyodrębnieniu pojedyńczych postaci ropienia w jajowodach będzie w przyszłości wpływało na wybór tej, lub owej metody leczniczej, jak to stało się już naprz. z rozmaitemi postaciami ropienia w stawach.

Zakażenie dostaje się do jajowodu rozmaitemi drogami. Więc, najpierw, może ono szerzyć się z jamy otrzewnej w gruźlicy tejże, w zapaleniu otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, w zakażeniu otrzewnej popołogowem łańcuszkowcowem. Tego rodzaju przedostawanie się bywa tłomaczone w ten sposób, że poruszanie się śluzu w jajowodzie w kierunku ku macicy wciąga drobnoustroje do światła jajowodu.

Następnie — szerzy się czasem zakażenie do jajowodu z narządu, położonego w jamie otrzewnej i zawierającego drobnoustroje; naprz. jajowód zrasta się z chorą kiszką, z chorym wyrostkiem robaczkowym, i już-to przez nieuszkodzone ściany, już-to przez otwór przetokowy, który wytwarza się z czasem pomiędzy jajowodem i kiszką, dostają się drobnoustroje do jajowodu.

Najczęściej wszakże przenosi się zakażenie do jajowodu wprost z macicy, i mianowicie na drodze wstępującej — na drodze szerzenia się zapalenia po śluzówce czy-to w zapaleniu wnętrza macicy pochodzenia wiewiórowego, czy-to połogowego, poronieniowego, czy pooperacyjnego, naprz. po nieczysto wykonanej operacyi na pochwie i macicy: skrobaniu, zgłębnikowaniu, płukaniu. Nie może być dowodem przeciwko takiemu zapatrywaniu okoliczność, że najbardziej zmieniona bywa zewnętrzna część jajowodu, wewnętrzna zaś — isthmus — jest prawie zdrowa. Podobne zjawisko spostrzegamy przecież i gdzieindziej, naprz. zakażenie z cewki moczowej przenosi się na najądrze, a tymczasem nasieniowód jest prawie niezmieniony.

Nareszcie należy wymienić jeszcze jeden sposób, mianowicie—przenoszenie się drobnoustrojów za pomocą naczyń krwionośnych i chłonnych. Prawdopodobnie częściej, niż to zwykle

bywa przyjmowane, docierają zarazki do jajowodu tą właśnie drogą, naprz. w gruźlicy, w zapaleniu płuc, w durze brzusznym i t. p.

Dotknę tu w krótkich wyrazach i zmian, jakie zachodzą w jajowodach w następstwie przeniesienia się sprawy ropnej z macicy na przydatki, i wogóle wskutek ropienia w jajowodach, gdyż i te zmiany, niewątpliwie, mogą mniej lub bardziej rozstrzygająco wpływać na wybór naszego postępowania leczniczego.

Zmiany te mogą przybierać postacie bardzo rozmaite: są one powierzchowne i głębokie, lekkie i ciężkie. W jednych razach zmiany chorobowe dotyczą tylko jajowodu, w innych — szerzą się tylko na jajnik, w innych znów — i na jajnik i na jajowód jednocześnie; mogą one być jedno lub dwustronne, mogą umiejscowić się wyłącznie w przydatkach, lub też szerzą się i na części sąsiednie. Mogą one pozostawić otrzewną niezmienioną, lub też sprawa zapalna przenosi się na otrzewną jajowodów i w następstwie doprowadza do mniej lub bardziej tęgich zrostów, które łączą ze sobą rozmaite, lub i wszystkie narządy miednicy małej. Mogą one ograniczyć się do nieznacznego przerostu ściany jajowodu, lub też doprowadzić do wytworzenia się mniej lub bardziej dużej torby, wypełnionej ropą. U tej samej kobiety widuje się zmiany nader rozmaite. Na jednej stronie znajdują się nieraz bardzo nieznaczne zmiany w jajowodzie i ogromny ropień w jajniku, na drugiej stronie jajnik jest zupełnie zdrowy, przyrosły do jajowodu, wypełnionego ropą, i rozlegle pozrastałego z innymi narządami.

Ta właśnie tak duża rozmaitość zmian anatomopatologicznych powoduje, że opis tych zmian jest niezmiernie utrudniony, a nawet wprost niemożliwy. Należy jeszcze dodać, że ropień jajnika może w zupełności naśladować ropniak jajowodu, tak iż nawet mając chory twór w ręku trudno jest nieraz rozstrzygnąć, z czem mianowicie mamy do czynienia.

Mechanizm powstawania ropniaka jajowodu z ropnego zapalenia jajowodu wystudyował Raymond. Wykazał on mianowicie, że dochodzi tu najpierw do zarośnięcia odśrodkowego ujścia jajowodu. Otwór przymaciczny jajowodu nie zarasta.

Staje się on niedrożny dla zawartości jajowodu w następstwie obrzmienia śluzówki, zgrubienia ścian, braku podatności tkanek, załamania się jajowodu, lub uchyłków w kanale jajowodu. Ujście zewnętrzne zarasta całkowicie. Pod wpływem sprawy zapalnej, frędzle ujścia zewnętrznego jajowodu obrzmiewają, zbliżają się ku sobie, stykają się powierzchniami otrzewnowemi i sklejają się; w jajowodzie powstaje jama zupełnie zamknięta. O ile ropniak jajowodu przykleja się do torbieli jajnika—ropnej lub innej — mogą te jamy, wskutek zaniku ścian połączyć się, i powstaje wówczas ropniak jajnikowojajowodowy.

Kraus zbadał 8 jajowodów, wyciętych z powodu zapalenia ropnego wiewiórowego, i w jednym jajowodzie znalazł zarazki wiewiórowe w głębokich warstwach śluzówki, w warstwie mięśniowej tegoż, w tkance podsurowiczej, wreszcie—w otrzewnej. Z tego spostrzeżenia widać, że zarazki wiewiórowe mogą drążyć do wszystkich warstw ściany jajowodu. To samo wykazały również badania Wertheima, Charliera, Wittego, Prochownika, Schauty, Mengego i t. d.

Wielkość ropniaków jajowodów bywa bardzo rozmaita. W wielu razach bywa ropniak niewiększy, niż jajowód ropiejący drożny; w takim przypadku należy b. dokładnie obejrzeć zewnętrzne ujście jajowodu, by poznać, czy jest ono zarośnięte, czy też nie jest. W innych razach wielkość ropniaka jajowodu dosięga wielkości mandarynki, gruszki, pomarańczy. W przypadku Bianchiego ropniak jajowodu zawierał podobno 80 funtów cieczy, w przypadku Munnicsa — 112 funtów. Tak więc mogą ropniaki jajowodów dosięgać wielkości głowy dziecka, lub jeszcze większej. W opisanym powyżej przezemnie przypadku II-im guz ropniakowy, podczas pierwszej operacyi usunięty, dosięgał wielkości głowy dziecka paromiesięcznego, w przypadku III-im — wielkości macicy w 7-ym miesiącu ciąży. Rzecz oczywista, że tak znaczna objętość ropniaka jajowodu nader łatwo może nastręczyć powód do zrobienia mylnego rozpoznania, gdyż jest wcale nietrudno wziąć tego rodzaju guz za torbiel innego pochodzenia; w pewnych razach, jak tego dowodzi nasze III-cie spostrzeżenie, nawet w przebiegu operacyi może być rzeczą niełatwą zdać sobie należycie sprawę z istotnego stanu rzeczy.

Kształt ropniaków jajowodów bywa również najrozmaitszy:

duże ropniaki posiadają postać kulistą, małe są nierówne, wydłużone, z wypukłościami, czasami poskręcane ślimakowato. Skoro mamy do czynienia z „ropniem jajowodowojajnikowym“, kształt guza może być jeszcze bardziej nieprawidłowy. Ropniaki jajowodów leżą przeważnie w zatoce Douglasa, ku tyłowi od macicy, co zależy od tego, że na początku choroby, dopóki obrzmiały, a więc ciężki jajowód jest jeszcze wolny, ruchomy, opada on na dno zatoki Douglasa i tam następnie zostaje unieruchomiony przez zrosty. Grubość ścian ropniaków jajowodu waha się w znacznych granicach, przeważnie bywa ściana gruba, mocna, czasami znów bardzo cienka i krucha, na ogół zaś można powiedzieć, że nigdy w ropniakach jajowodu nie widuje się tak znacznego zcieńczenia ściany, jakie spostrzega się w wodniaku jajowodu. Zdawać by się mogło, że równolegle do powiększania się objętości ropniaka ściana tegoż, ulegając coraz większemu rozciągnięciu, powinna stawać się coraz cieńsza. Nie jest-to wszakże prawidłem stałem; czasami, jak to było naprz. i w mojem III-ciem spostrzeżeniu, pomimo wprost olbrzymich wymiarów torby ściany tejże mogą być b. grube i mocne, tak dalece, że, jak to widać z mojego owego spostrzeżenia, można wyodrębnić w niej dwie osobne warstwy znacznej grubości i dużej spojności. Na okoliczność tę zwracamy tu specyalną uwagę, gdyż może ona wywrzeć duży wpływ na sposób wykonania zabiegu, jak tego właśnie dowodzi i mój przypadek. Tu, zaiste, wypada podziwiać misterną zdolność przeistaczania się tworu takich wymiarów, jakich jest jajowód prawidłowy, w guz wielkości głowy dorosłego człowieka i większej, z zachowaniem grubości ścian. Dodać tu jednak wypada, że prawie zawsze istnieją w ścianie ropniaka jajowodu miejsca mniej mocne, w których to miejscach ściana ropniaka rozdziera się podczas wydzielania ropniaka z pośród zrostów.

Śluzówkę znajdujemy w ropniaku jajowodu mniej lub bardziej zmienioną; może ona być bardzo zgrubiała, tu i owdzie pozbawiona nabłonka, frędzle są obnażone. Pod wpływem rozciągania i ucisku przez gromadzący się w torbie płyn, frędzle podlegają spłaszczeniu i powoli zanikają. W większości przypadków śluzówka bywa prawie całkowicie zniszczona, zamiast śluzówki znajdujemy mniej lub bardziej grubą warstwę tkanki ziarninowej, lub już nawet bliznową tkankę łączną. Błona

mięśniowa, przerośnięta na początku, szczególnie w ropniakach niedużych, zanika później coraz bardziej, w miarę powiększania się objętości ropniaka; natomiast rozrasta się tkanka łączna i zastępuje włókna mięśniowe. Otrzewna na ropniaku pozostaje czasami niezmieniona, lecz w większości przypadków jest ona zmętniała, pokryta zrostami, właściwie zaś — znika zupełnie.

Co się tyczy ropy w ropniaku, to jest ona zazwyczaj zielonawa, śmietankowata, zgęstniała, lecz bywa i bardzo płynna. W starych ropniakach może zawartość zmieniać się coraz bardziej. Cząstki stałe osiadają na ścianach torby — płyn staje się klarownym o wyglądzie surowiczym.

Należy jeszcze zaznaczyć i położyć na to duży nacisk, że zrosty ropniaka z otoczeniem są mocniejsze u góry, w wejściu do miednicy małej, niż na dnie tejże. Zależy ta okoliczność, prawdopodobnie, od tego, że pętle kiszek są mocniej unaczynione i stąd łatwiej przyrastają do przydatków, niż mało unaczynione ściany miednicy małej. Na skutek zapalenia otrzewnej zrasta się ropniak z dnem małej miednicy, z tylną ścianą macicy, z siecią, z kątnicą, z wyrostkiem robaczkowym, z pętlami jelit cienkich, z esicą, szczególnie zaś często z odbytnicą; o wiele rzadziej spotykamy zrosty z przednią ścianą brzucha, jak to było i w mojem III-ciem spostrzeżeniu, z pęcherzem moczowym, z moczowodem. Z powyższego widać, że technicznie jest o wiele łatwiejszem zadaniem wyosobnić ropniak jajowodu ze zrostów, idąc od dna zatoki Douglasa ku górze, niż odwrotnie. Tęgość przyrostów zależy i od ich wieku: świeże są delikatne, łatwo rozdzielają się nawet na tępo, stare — odwrotnie, jakkolwiek z biegiem czasu mogą zrosty zanikać i znikać zupełnie, lub też zropieć, i wtedy na miejscu przyrostu do kiszki lub innego narządu, może powoli dojść do wytworzenia się przetoki.

Podług Zweifela, tego rodzaju przedziurawienie się ropniaka jajowodu do innego narządu zdarza się na tle wiewiórowem rzadziej, niż w ropniakach, powstałych po zakażeniach łańcuszkowcowych. Okoliczność tę chciałbym również podkreślić. W pewnych razach ściana kiszki w miejscu zrostu ulega znacznemu ścieńczeniu, a ponieważ jest ona wtedy delikatniejsza, niż zrosty, przeto łatwo ulega rozerwaniu podczas oddzielania tychże.

Jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, czy i jak często spo-

strzega się zejście ropniaka w zagojenie się bez pomocy zabiegu operacyjnego. Co się tyczy pierwszej części tego pytania, to, zdaniem autorów, niewątpliwie mogą zachodzić w ropniaku jajowodu zmiany, które prowadzą jeżeli nie do powrotu jajowodu do stanu całkiem prawidłowego, to przynajmniej do t. zw. wygojenia względnego. Mianowicie, staje się zawartość ropniaka coraz bardziej zgęszczoną, części płynne ulegają wchłonięciu, następuje skurczenie się torby i ostatecznie zamienia się odpowiedni jajowód w twardą masę guzowatą, mocno poprzyrastałą do otoczenia, o otorbionych starych ogniskach ropnych. Takie zejście może przytrafić się nawet w przypadkach b. ciężkich, o bardzo rozległych i ciężkich zaburzeniach wewnątrz- i dokołajajowodowych.

Co się tyczy drugiej części pytania, mianowicie jak często zdarza się tego rodzaju samoistne zagojenie się ropniaka jajowodu, to pod tym względem znajdujemy u autorów wskazówek bardzo mało; zdaje się wszakże, że bywa ono na ogół bardzo rzadko. Oczywiście w ten sposób wygojony jajowód jest zupełnie stracony pod względem możności zajścia kobiety w ciążę.

Co się znów tyczy powikłań ropniaków jajowodów, to na szczególniejsze uwzględnienie zasługuje pękanie jajowodów. Sprawę tę znajdujemy bardzo wyczerpująco opracowaną w rozprawie Gonsolina „Contribution a l'etude de peritonites generalisees par rupture des pyosalpinx 1908“. U nas sprawę tę poruszył niedawno w №№ 7 i 8 „Gazety Lekarskiej“ r. b. J. Jaworski. Jakkolwiek sprawa ta jest naogół mało znana i uznawana za przytrafiającą się bardzo rzadko, to jednak Gonsolin, rozglądając się w odnośnem piśmiennictwie, był zdumiony dużą liczbą ogłoszonych przypadków pęknięcia ropniaków jajowodów. Gonsolin wypowiada przypuszczenie, że, prawdopodobnie, pewna część zapaleń otrzewnej nieznanego pochodzenia miała właśnie swe źródło w pękniętym ropniaku jajowodu. Niewątpliwie jednak Lawson-Tait przesadza, mówiąc, że 50% kobiet, dotkniętych ropniakiem jajowodu, są narażone na śmierć, że kobiety, cierpiące na przewlekłe ropienie w jajowodach, żyją, jakby ustawicznie znajdując się na prochowni.

Kingston Fowler i Lewers przypominają o przypadkach tajemniczego zapalenia otrzewnej, t. zw. samoistnego, zjawiają-

cych się czasami w połogu, które najczęściej są uważane, jako połogowe zapalenie otrzewnej. Gdyby, zdaniem tych autorów, lekarze zdawali sobie dokładnie sprawę z częstości takich przypadków, możnaby uratować dużą liczbę kobiet zapomocą względnie niewinnego cięcia brzucha. Być może, częstość wykonywanych obecnie operacyi usunięcia schorzałych jajowodów zmniejszyła liczbę pęknięcia ropniaków tychże. Nadzwyczaj zajmujące i praktycznie ważne jest pytanie, jaka jest zazwyczaj wielkość ropniaków jajowodów, ulegających pęknięciu. Są to prawie zawsze ropniaki nieduże—wielkości orzecha, mandarynki, conajwyżej — pomarańczy. Oczywiście, wobec niedużych wymiarów ropniaka dotknięte nim kobiety cieszą się naogół dobrem zdrowiem, sprawa w jajowodach przebiega zdradziecko, i daje się we znaki zgoła niedużo, przejawiając się głównie w nieprawidłowem miesiączkowaniu.

Co się tyczy umiejscowienia pęknięcia, to znajdowano je zazwyczaj w zewnętrznym odcinku jajowodu, w rzadkich tylko przypadkach widziano pęknięcie i w odcinku wewnętrznym. Zazwyczaj bywa pojedyńczy otwór w ścianie ropniaka; w jednem tylko spostrzeżeniu, gdzie w jajowodzie mieściło się kilka jam, wypełnionych ropą, znaleziono dwa otwory, prowadzące do przedziurawionych jam. Ani razu, natomiast, nie znalazł Gonsolin pęknięcia w obu ropniakach jednocześnie. Otwór bywa zwykle nieduży — wielkości obwodu łebka szpilki, ziarnka soczewicy, rzadziej otwór był o wiele większy. Ściana ropniaka jajowodu dokoła otworu zwykle bywa czarnawa, zgorzelinowa. Otwór bywa okrągławy, o nierównych brzegach.

Autorowie podają, że zniszczenie tkanek w wewnętrznych warstwach ściany jajowodu bywało rozleglejsze, niż w warstwach zewnętrznych, wobec tego otwór miał kształt lejkowaty, jak to spostrzega się we wrzodzie żołądka. Z powyższego widać, że chodzi tu o utratę tkanki wskutek martwienia tejże (necrobiosis), nie zaś o mechaniczne rozdarcie się ściany. Pozatem wygląd otworu, wyżej podany, dowodzi, że zniszczenie ściany posuwa się od powierzchni błony śluzowej ku otrzewnej. Ponieważ wskutek tego otrzewna nie ulega zawczasu podrażnieniu, gdyż nie zdąża wytworzyć zrostów ochronnych przed chwilą wystąpienia przedziurawienia, przeto przedziurawienie dokonywa się w otrzewnej nieodgraniczonej, i stąd staje

się oczywistem całe niebezpieczeństwo omawianego powikłania. Ropa ropniaków, ulegających przedziurawieniu, bywa nadzwyczaj jadowita, stąd i rokowanie w pęknięciach ropniaków jajowodów jest krańcowo niepomyślne. Jakkolwiek tedy daje się słyszeć twierdzenie, że ropa w ropniakach jajowodowych, powstałych w następstwie przewlekłego zapalenia jajowodów, jest już to całkiem jałowa, już to o jadowitości osłabionej, to jednak spostrzegane i opisane przypadki pęknięcia powstałych w ten sposób ropniaków jajowodów — pęknięcia w następstwie odbywającej się w nich sprawy chorobowej, niezbicie dowodzą, że twierdzenie owo nie we wszystkich przypadkach jest słuszne.

Z powyższego widzimy, że ropniaki jajowodów właściwie pękają samoistnie. W przypadkach, w których pęknięcie było poprzedzone przyczyną mechaniczną, była ta przyczyna minimalna: dźwignięcie dziecka, zbadanie chorej przez lekarza, nieduży wysiłek fizyczny, lekki uraz brzucha, mocne kaszlnięcie. Widywano również pęknięcie ropniaka w następstwie zabiegów na macicy — po pociąganiu jej na dół kulociągiem, po włożeniu do pochwy wianka. O wiele wyraźniejszy jest tu wpływ porodu. W największej liczbie opisanych przypadków występowało pęknięcie ropniaka we 2 do 3-ch dni po porodzie. Lawson-Tait kładzie duży nacisk na ten fakt, i sądzi, że duża liczba t. zw. połogowych zapaleń otrzewnej jest następstwem tego właśnie powikłania ropniaków jajowodów.

Dużego znaczenia praktycznego jest zrozumienie mechanizmu pękania ropniaków jajowodów. Istnieje kilka teoryi, objaśniających ten mechanizm. Jedna z nich dowodzi, że pęknięcie powoduje nadmierne rozciągnięcie jajowodu przez gromadzący się w nim płyn. Teorya ta jednak upada, gdyż wyżej widzieliśmy, że właściwie mamy tu do czynienia nie z rozdarciem się ściany ropniaka, lecz z jej zgorzelą; tem bardziej musi ona upaść, że widywano przedziurawienie się ściany ropniaka nawet wówczas, gdy jama ropniaka pozostawała w łączności z jamą macicy za pośrednictwem niezarośniętego, drożnego ośrodkowego końca jajowodu.

Pozostają dwa inne tłomaczenia mechanizmu pęknięcia ropniaka jajowodu, które mogą łączyć się jedno z drugiem. Mianowicie — jedno z nich przyjmuje prawdziwe owrzodzenie ściany

ropniaka, drugie zaś — takie zaburzenia w odżywianiu tkanek które doprowadzają ostatecznie do ścieńczenia i miejscowego osłabienia tkanek bez właściwego owrzodzenia ściany. W niektórych wyjątkowych razach grają tu rolę zrosty, które unieruchomiają jajowód; pociągając wówczas na dół narzędziem macicę, a wraz z nią i ropniakowy jajowód, unieruchomiony zrostem, możemy, ciągnąc nadmiernie, spowodować pęknięcie jajowodu. Doświadczenia, które polegały na tem, że u trupów wstrzykiwano do jajowodów płyn, i w ten sposób powodowano pęknięcie ścian tychże, niczego nie dowodzą, albowiem powstające tu warunki są zgoła inne, niż w tworzeniu się ropniaków jajowodów: w ropniakach płyn gromadzi się powoli, ściana jajowodu ma czas przystosować się do tego, ulegając stopniowemu rozciągnięciu. Pozatem wygląd brzegów otworu w ścianie ropniaka, wspomniany wyżej, przemawia stanowczo na korzyść tego, że mamy tu do czynienia raczej z chorobową utratą tkanek, niż z prostem mechanicznem rozdarciem się ściany ropniaka. Ostatecznie Gonsolin twierdzi, że wewnątrzotrzewnowe pęknięcie ropniaka jajowodu bywa zwykle następstwem sprawy martwienia tkanek (necrobiosis), nie zaś nadmiernego rozciągania ścian jajowodu.

Co się tyczy wreszcie sposobu powstawania pęknięcia ropniaka jajowodu w połogu, zjawiającego się 2 — 3 dnia po porodzie, to autorowie tłomaczą tenże w sposób następujący. W przebiegu ciąży dotknięte chorobą jajowody unoszą się ku górze wraz z macicą, i zostają następnie umocowane zrostami w położeniu nieprawidłowo wysokiem. Gdy macica wydaliła ze siebie płód, następuje szybkie opuszczanie się macicy ku dołowi. Wówczas przyrosty, niedość sprężyste i podatne, by pozwoliły jajowodom opuszczać się wraz z macicą, powodują pęknięcie ropniaka. Objaśnienie to zgadza się z okolicznością, że pękanie ropniaków jajowodów zwykle występuje nie podczas przebiegu ciąży.

O stronie klinicznej pękania ropniaków jajowodów pomówimy później. Obecnie na podstawie powyższego możemy twierdzić, że, sądząc z rozprawy Gonsolina, pękanie ropniaków jajowodów przytrafia się wcale nie wyjątkowo rzadko, że bywa ono brane za zgoła inne sprawy chorobowe, że—wreszcie—nie mamy możności stwarzać warunków, które byłyby w stanie za-

pobiegać powstawaniu tego tak groźnego powikłania ropniaków jajowodów.

Musimy tu wspomnieć o jeszcze jednem powikłaniu ropniaków jajowodów, mianowicie — o zawęźleniu ropniaka jajowodu. Powikłanie to bywa zwykle rozpoznawane dość późno, bo dopiero w przebiegu operacyi. Cathelin w rozprawie swojej z roku 1901 zestawił zebrane z piśmiennictwa 41 spostrzeżeń tego rodzaju. Mechanizm omawianego zjawiska jest taki, że o ile szypuła ropniaka jest cienka, co przytrafia się wówczas, gdy jajnik nie uczestniczy w wytworzeniu torbieli ropnej, to jajowód może skręcić się, robiąc jeden do czterech obrotów całkowitych, podobnie jak to robią torbiele jajnikowe. Żyły w szypule, a następnie tętnice, przestają przepuszczać krew, występuje najpierw zastoina, a następnie zgorzel jajowodu.

Nieco odmienny od powyżej podanego obraz anatomopatologiczny daje ropniak jajowodu pochodzenia gruźliczego, dlatego zatrzymamy się na nim nieco dłuższą chwilę, a to tem bardziej, że jest to sprawa, interesująca nie tylko z punktu widzenia czysto teoretycznego.

Dotychczas nie jest rzeczą zupełnie wyjaśnioną i dowiedzioną, czy gruźlica przydatków macicy jest wyłącznie wtórna, czy też bywa i pierwotna. Za życia chorej trudno jest sprawę tę dość dokładnie zbadać, gdyż nigdy nie daje się stwierdzić z całą pewnością, czy gdziekolwiek w ustroju chorej nie tkwi drobne ognisko, które było źródłem powstania gruźlicy w przydatkach macicy. Tu mogą w wystarczającym stopniu dopomódz do wyjaśnienia sprawy tylko oględziny pośmiertne. Ognisko pierwotne może być tak dalece wygojone, że pod względem klinicznym nie wywołuje ono zgoła żadnych objawów, np. gruźlicze gruczoły chłonne mogą być już zwapniałe, i pomimo to, po przeżarciu naczynia krwionośnego, mogą z nich zarazki gruźlicze dostać się do obiegu krwi i za pośrednictwem tegoż być zaniesione do przydatków macicy.

Pierwszy zwrócił uwagę na gruźlicę narządów płciowych kobiecych Hegar, i od owego czasu nagromadził się obfity materyał w omawianej sprawie. Gdy Hegar przyjmował pierwotne zakażenie narządów płciowych kobiecych i mianowicie na drodze spółkowania, za częste, to nowszymi czasy, szczególniej od czasu poszukiwań Amanna, przypadki pierwotnej gruźlicy

narządów płciowych kobiecych są coraz rzadziej stwierdzane. Amann prawie zupełnie wyłącza możność pierwotnej gruźlicy narządów płciowych kobiecych. Podług niego, w większości przypadków pierwotne ognisko mieści się tu w gruczołach chłonnych oskrzelowych; obok tego w dużej liczbie przypadków znajduje się pierwotne ognisko w dotkniętych gruźlicą płucach.

Pogląd Amanna znalazł istotne poparcie w badaniach Bolingera, Ribberta, Schmorla, Aschoffa. Jakkolwiek pierwotne zarażenie organów płciowych kobiecych gruźlicą, np. za pomocą spółkowania, badania nieczystemi narzędziami i t. p. jest możliwe, i niektóre spostrzeżenia Hegara, Glocknera, Mengego, Franquégo przemawiają na korzyść takiego zarażenia, wszakże dotychczas nie znamy ani jednego przypadku tego rodzaju, któryby byłby zupełnie bez zarzutu.

Z pośród narządów płciowych kobiecych stanowczo najczęściej bywają dotknięte gruźlicą jajowody. W większości przypadków znajdujemy schorzałe oba jajowody, jakkolwiek stopień zmian chorobowych nie jest jednakowy na obu stronach. Gruźlica w narządach płciowych kobiecych prawie zawsze szerzy się na drodze zstępującej, mianowicie najpierw dotyka ona jajowody, i dopiero stąd szerzy się na macicę i bardzo rzadko na pochwę. Wtórne zajęcie gruźlicą macicy zdaje się być rzeczą o wiele częstszą, niż o tem wiemy powszechnie, jak tego dowodzi Russel, to samo da się powiedzieć i o jajnikach.

Jak często spostrzega się u kobiet gruźlica jajowodów? Dotychczas, niestety, nie mamy na to pytanie wystarczająco dokładnej odpowiedzi. Winckel z pośród 575 kobiecych trupów znalazł u 182 schorzenie jajowodów, i z nich tylko w 5 gruźlicze. Dönhof na 509 oględzin pośmiertnych znalazł w 37 cierpienia jajowodów, z nich w 14 przypadkach gruźlicę. Schramm na 3386 zwłok kobiecych znalazł w 34 gruźlicę jajowodów, z pośród tych w 7 jednocześnie gruźlicę macicy, w 21 — otrzewnej, w 29 — płuc. Obustronne cierpienie jajowodów było 27 razy, tylko lewy jajowód był dotknięty 5 razy, tylko prawy — 2 razy. Heiberg z pośród 2858 sekcyi zwłok męskich i kobiecych w 84 przypadkach znalazł gruźlicę narządu moczopłciowego i mianowicie w 29 przypadkach pierwotną, w 55 wtórną. Z pośród 29 przypadków pierwotnych, 10 przypada na narządy

płciowe kobiece, z pośród 55 wtórnych — 15 na kobiece. Z pośród 10 przypadków pierwotnych jajowody były zajęte we wszystkich przypadkach, i mianowicie obustronnie, macica 7 razy, jajniki — 4 razy. Z pośród 15 przypadków gruźlicy wtórnej, w 14 były zajęte jajowody, 10 razy macica i 2—3 razy jajniki. Frerichs znalazł u 96 kobiet, dotkniętych gruźlicą, 15 razy gruźlicę narządów płciowych, z pośród tych 15 przypadków w 12 była gruźlica jajowodów.

Williams znalazł z pośród usuniętych w ciągu 2 ch lat jajowodów, z powodu przewlekłego zapalenia tychże, w Johna Hopkina szpitalu w 8% cierpienie gruźlicze; Rosthorn z pośród 40 operacyi na przydatkach w 2 stwierdził gruźlicę jajowodów. Menge z pośród 20 operowanych ropniaków jajowodów w 3-ch wykrył gruźlicę tychże bardzo dokładnem badaniem. Z pośród 620 przypadków Martina wycięcia chorych jajowodów w 17 znaleziono gruźlicę tychże.

W gruźlicy jajowodów można rozróżnić postać ostrą i przewlekłą. Postać pierwsza początkowo mało odróżnia się od objawów zwykłego nieżytowego zapalenia jajowodu: znajdujemy tu zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, nieobfitą wydzielinę ropną, brunatną lub żółtawą, zgrubienie ścian, nacieczenie powłoki otrzewnowej. W dalszym przebiegu wydzielina ulega zgęszczeniu do wyglądu papki gęstej, serowatej. Objętość jajowodu powiększa się, zamienia się on w twór twardy, guzkowaty, mniej lub bardziej poskręcany, w miejscu przegięć mocno pozrastały.

Ujście zewnętrzne jajowodu względnie długo może pozostać drożne. Po usunięciu z jajowodu zawartości, można widzieć tu i owdzie na powierzchni śluzówki drobne szare gruzełki, które mogą dość równomiernie szerzyć się po dużych odcinkach śluzówki. Najwyraźniej widzi się je zazwyczaj w brzusznym odcinku jajowodu. Po dojściu do pewnej wielkości, ulegają gruzełki rozpadowi serowatemu, zlewają się z sobą, i pokrywają całą śluzówkę serowatą masą zgorzelinową. Światło jajowodu może w ten sposób uledz zupełnemu zamknięciu korkiem serowatym. Gruzełki mogą również rozwinąć się i w warstwie mięśniowej, mogą spowodować zniszczenie tejże aż do powłoki otrzewnowej, i nareszcie mogą przenieść się i na tę ostatnią.

W razie przewlekłego przebiegu gruźlicy jajowodów, może dojść, po zamknięciu się ujścia brzusznego, do znacznego rozciągnięcia się jajowodu, tak iż objętość tegoż może od grubości palca dochodzić do wielkości pięści i nawet główki dziecka. Stemann opisuje przypadek, operowany przez Wertha, w którym gruźliczy ropniak jajowodu zawierał około 2-ch litrów gęstej cieczy ropnej. Ściana jajowodu może uledz mocnemu przerostowi. Na wewnętrznej powierzchni ściany jajowodu zazwyczaj widać na miejscu fałdów błony śluzowej nizkie wyrostki, rozgałęzione w postaci siatki. Warstwa mięśniowa często wygląda sklerotycznie. Na powłoce otrzewnowej znajdujemy pojedyncze, lub też i liczne większe i mniejszz gruzełki szare lub żółte, w innych miejscach — liczne przyrosty błoniaste, łączące jajowód z otoczeniem. Osobiście spostrzegałem dwa przypadki gruźliczych ropniaków jajowodów. W jednym z nich, operowanym przez D-ra Br. Sawickiego, ropniaki gruźlicze obu jajowodów u dziewicy, każdy wielkości i grubości kiełbasy, były wolne od zrostów; w drugim, który operowałem osobiście, były dotknięte gruźlicą również oba jajowodu; tam zrosty były bardzo rozległe, tak iż jama miednicy małej właściwie wcale nie istniała. Rozdzielenie wszakże tych zrostów, jakkolwiek były one wcale nie świeżej daty, odbyło się łatwo, w każdym razie bez porównania łatwiej, niż w przypadkach ropniaków jajowodów innego pochodzenia. Czy tak było i w przypadkach, obserwowanych przez innych autorów, nie wiem, gdyż nie znalazłem żadnych pod tym względem wskazówek.

W kierunku ku macicy widać często guzkowate zgrubienia jajowodu, powodowane przez tworzenie się ograniczonych ropni zarówno w świetle, jak i w samej ścianie jajowodu. Czasami można widzieć takie zgrubienia guzkowate, szerzące się aż do warstwy mięśniowej macicy. Przedziurawienie się ściany ropniaka gruźliczego jajowodu z przebiciem się do narządów sąsiednich napotyka się nie często. Natomiast spostrzegamy czasami w pobliżu gruźliczego ropniaka jajowodu otorbione przez zrosty ropnie z zawartością ropnoserowatą, których to ropni związek ze światłem ropniaka wobec ogólnego pozrastania się narządów daje się wykryć tylko z dużą trudnością.

Ostra i przewlekła postać gruźlicy jajowodu dają się wyraźnie odróżnić za pomocą badania mikroskopowego. Podług

zapatrywania A. Martina, pierwsza postać tej sprawy chorobowej bywa zazwyczaj zjawiskiem wtórnem, druga—pierwotnem.

Co się tyczy postaci ostrej, to zawartość jajowodu składa się tu przeważnie z serowatych mas rozpadowych; tu i owdzie spotyka się jeszcze nader licho barwiące się komórki i jądra, mianowicie w pobliżu ściany jajowodu. Serowata zawartość zazwyczaj bardzo obfituje w laseczniki gruźlicze. W odcinkach jajowodu, położonych w pobliżu ujścia macicznego tegoż, a mniej chorobowo zmienionych, często prawie wcale nie znajdujemy zawartości. Na poprzecznem przecięciu jajowodu wykrywamy światło nieco rozciągnięte, śluzówkę — w stanie ostrego nieżytu, mocno drobnokomórkowo nacieczoną, tu i owdzie zaś na niej — wyraźne pojedyncze gruzełki. Komórki olbrzymie są spostrzegane rzadko, częściej natomiast zjawiają się komórki nabłonkowate.

W dalszym przebiegu sprawy prędko dochodzi do serowatego rozpadu gruzełków i do obumierania, które to obumieranie powoli obejmuje całą drobnokomórkowo nacieczoną śluzówkę. Warstwa mięśniowa, na początku mało zmieniona, wykazuje następnie mniej lub bardziej rozległe nacieczenie drobnokomórkowe. Rozpad zgorzelinowy śluzówki może szerzyć się również i na mięśniówkę, niszcząc ją aż do otrzewnej, tak iż cała rurka jajowodowa jest ostatecznie wypełniona jednostajną serowatą masą rozpadową.

Zupełnie inny obraz chorobowy znajdujemy w przewlekłej postaci gruźlicy jajowodu. Tu zazwyczaj bardzo wyraźnie zaznacza się skłonność do ropienia, które to ropienie, po zamknięciu się brzusznego wylotu jajowodu, prowadzi do znacznego rozciągnięcia się jajowodu. W następstwie przewlekłej sprawy chorobowej zjawia się w jajowodzie najpierw wysięk surowiczy, który powoli wskutek serowatego rozpadu śluzówki staje się podobny do ropy, po wchłonięciu się zaś płynnych części składowych może przybierać własności masy serowatej. Pod mikroskopem zawartość jajowodu składa się wówczas przeważnie ze zwyrodniałych tłuszczowo leukocytów, z ziarnek tłuszczu, z wolnych jąder; komórki nabłonkowe są obecne w bardzo drobnej liczbie. Pozatem znajdujemy czasami w ropie gruźliczego ropniaka jajowodu liczne, blade, wrzecionowate kryształy węglanu wapnia.

Zmiany w fałdach śluzówki zaczynają się od zjawienia się w nich gruzełków; do nich dołączają się sprawy zapalne, drobnokomórkowe nacieczenie, rozszerzenie i mocne wypełnienie sąsiednich naczyń krwionośnych. Powierzchowny nabłonek ginie również prędko, fałdy śluzówki obrzmiewają kolbowato, zlepiają się z sobą i zamieniają się w tkankę ziarninową. Odsznurowane resztki nabłonka mogą pozostać długi czas w głębi śluzówki, już-to wyściełając jamy, powstałe przez zrośnięcie się fałdów, już-to szerząc się w postaci pasem gruczołowatych pomiędzy ogniskami gruźliczemi. Gruzełki nie odgraniczają się bardzo wyraźnie od otoczenia; odznaczają się one obfitością komórek olbrzymich i nabłonkowatych. Obecność laseczników gruźliczych wewnątrz tkanki gruzełka bywa rzadka, największą liczbę ich znajdujemy w komórkach olbrzymich. Fałdy śluzówki mogą zlewać się w makroskopowo jednostajnie serowato wyglądającą masę, która wypełnia całe światło jajowodu. Za pomocą mikroskopu znajdujemy, że ta masa jest jeszcze dobrze barwiącą się tkanką gruźliczą, która, jak wydaje się, ma małą skłonność do zserowacenia. Powoli dochodzi jednak do rozpadu śluzówki, i do ropnego rozpłynięcia się tejże, tak iż nareszcie powstaje wewnątrz jajowodu ziarnista masa rozpadowa, na miejscu zaś śluzówki — wązka warstwa masy ziarninowej, zawierającej gruzełki.

W prędkim czasie ulega sprawie gruźliczej i warstwa mięśniowa. Najpierw zjawia się mniej lub bardziej obfite nacieczenie drobnokomórkowe z następczym przerostem mięśni i tkanki łącznej międzymięśniowej; właściwe gruzełki gruźlicze znajdujemy w mięśniówce rzadko. Te ostatnie występują natomiast nader obficie na otrzewnej: bywa ona przeważnie pokryta na znacznej przestrzeni ograniczonymi gruzełkami, obfitującymi w komórki olbrzymie i nabłonkowate, w których to gruzełkach zazwyczaj można wykryć pojedyncze laseczniki gruźlicze; tu i owdzie widać wewnątrz gruzełka poczynające się ośrodkowo zserowacenie.

Pod otrzewnowymi gruzełkami często znajdujemy swoiste podłużne przestrzenie, wysłane nabłonkiem poczęści walcowatym, poczęści sześcianowatym lub wrzecionowatym. Nabłonek ten może powstawać już-to ze zmienionego śródbłonka otrzewnowego, gdy gruzełki, bujając po nad powierzchnią, zlewają się

ze sobą i zawierają pomiędzy sobą przestrzeń, wysłaną śródbłonkiem, lub też powstaje ów nabłonek z drobnych torbieli już poprzednio istniejących, jakie nierzadko widuje się pod otrzewną jajowodu.

Naczynia krwionośne, początkowo mocno rozszerzone i wypełnione, których ściany wyglądają na zgrubiałe, wskutek ucisku przez tkankę otaczającą w dalszym przebiegu sprawy giną; również zarastają one wskutek bujania śródbłonka. Wobec tych zmian w naczyniach krwionośnych następuje jeszcze większe upośledzenie odżywiania tkanek i skłonność do rozpadu.

Można rozróżnić jeszcze jedną postać gruźlicy jajowodów— t. zw. przewlekłą włóknistą. Tu znajdujemy pomiędzy gruzełkami gruźliczymi wytwarzanie się zbitej tkanki łącznej włóknistej, gdy tymczasem brak jest rozpadu serowatego; w śluzówce spostrzegamy nieliczne gruzełki prosowate. Chodzi tu, być może, o postać gruźlicy ze skłonnością do wygojenia się, gdyż, jak wiadomo, rozwijanie się w otoczeniu tkanki gruźliczej — tkanki łącznej zbitej prowadzi do zabliźnienia się i do stanu uspokojenia się sprawy gruźliczej, jeżeli nie do zupełnego wygojenia się tejże.

Nie będziemy tu przytaczali opisu obrazu anatomopatologicznego innych spraw chorobowych, powodujących ropienie jajowodów, jako to: promienicy, syfilisu, gdyż wobec rzadkości występowania tych spraw bliższe zaznajomienie się z niemi jest, pod względem praktycznym, rzeczą małej wagi.

* *
*

Zastanowimy się obecnie nieco bliżej nad przebiegiem klinicznym ropniaków jajowodów, i tu zwracając główną uwagę na te szczegóły, które moga mieć najbardziej decydujący wpływ na sprawę ustalenia wskazań leczniczych w omawianem tu cierpieniu.

Ponieważ wytworzenie się ropniaka jajowodu bywa poprzedzone okresem ropnego zapalenia tegoż, musimy tu bodaj w krótkich wyrazach przypomnieć przebieg obrazu klinicznego ostrego ropnego zapalenia jajowodu. Ostry okres występuje wyraźnie w tem cierpieniu o wiele częściej, niż to spostrzega się w zwyczajnem, nieżytowem zapaleniu jajowodu, wszakże

bynajmniej nie w tym stopniu, by zawsze można było w sposób zupełnie pewny zrobić właściwe rozpoznanie. I w tem cierpieniu część objawów klinicznych jest wspólna również cierpieniom macicy i otrzewnej, jak to widuje się w septycznem zapaleniu jajowodu, część zaś jest tak słabo wypowiedziana, że wymyka się z pod uwagi chorej, jak to znów bywa w wiewiórowem zapaleniu jajowodu. Postacie przewlekłego ropnego zapalenia jajowodów nie zawsze rozwijają się z wyraźnie rozwiniętych ostrych, jak to szczególnie bywa z przewlekłemi postaciami wiewiórowemi.

Septyczne ropne zapalenie połogowe jajowodu powstaje z połogowego septycznego zapalenia macicy, i klinicznie to szerzenie się zapalenia zaznacza się mocnem zwiększeniem się ciepłoty ciała, oraz gwałtownym bólem. Zazwyczaj jednak dołącza się wkrótce zapalenie otrzewnej miedniczej, które swymi objawami pokrywa objawy zapalenia jajowodu; to samo da się powiedzieć i odnośnie sprawy zapalnej w przymaciczu.

O ile chore przezwyciężają pierwsze działanie zakażenia, to dość często szybko znika nacieczenie przy i dokołamaciczne, gdy tymczasem jajowód, ze swoim bardziej odosobnionym układem chłonnym, szczególniej zaś wskutek zaszłych w jajowodzie ciężkich zmian: zlepienia się frędzli, tworzenia się ognisk ropnych na przebiegu, tylko rzadko wylecza się całkowicie. Widzimy wtedy, że staje się tak zmieniony jajowód źródłem ustawicznie powtarzających się bólów w dole brzucha i rzekomo przypadkowego, bez powodu zjawiającego się zwiększania się ciepłoty ciała. Zmieniony jajowód możemy wykryć obmacywaniem. Staje się on dostrzegalnym dzięki częstemu zaostrzaniu się objawów klinicznych. Mianowicie, następują wtedy w mniej lub bardziej wyraźnych przerwach napady gorączki z wchłaniania, która to gorączka przybiera przebieg, właściwy tego rodzaju zamkniętym sprawom ropnym. Widujemy więc dreszcze, wieczorne obostrzenia, ranne zwolnienia gorączki, również — jednostajnie wysokie gorączki z powolnem opadaniem, lub też raptowne znikanie gorączki po powstałem przedziurawieniu i opróżnieniu się ropniaka do kiszki, pęcherza moczowego i t. d. Powody takiego raptownego wybuchu ciężkich objawów są często nader nieznaczne: peryod, uraz płciowy, zaziębienie.

Rzadko tylko udaje się wystarczająco wyraźnie wyosobnić objawy miejscowe przewlekłego ropniaka jajowodu pochodzenia septycznego połogowego. Dół brzucha bywa wyraźnie bolesny. Jest niemal prawidłem, że w tylko co wymienionem cierpieniu bywają dotknięte chorobą oba jajowody, jakkolwiek w rozmaitym stopniu. Ropienie może zależeć od rozmaitych drobnoustrojów. Chore jajowody wymacują się, jako mniej lub bardziej kuliste guzowatości wielkości pięści, przylegające do macicy; często można wymacać je bardzo wyraźnie obok trzonu macicy. Właściwe przymacicza bywają zazwyczaj wolne. Wymacując ropniak jajowodu, możemy znaleźć go tak twardym i napiętym, że wygląda on jak włókniak podsurowiczy, przylegający do trzonu macicy. Może ropniakowy jajowód szerzyć się ku tyłowi do zatoki Douglasa, i ułożyć się od tyłu od jednego boku macicy aż naprzód na drugim boku macicy. Obustronne ropniaki jajowodów wypełniają całkowicie zatokę Douglasa, i tylko z dużą trudnością udaje się wyszukać bróżdę pomiędzy nimi i macicą, która leży wówczas ku przodowi od guza i nieco przesunięta na jedną stronę. U góry masa guza jest ostro ograniczona. Przymaciczny koniec jajowodu wymacuje się zazwyczaj, jako szypuła; rzadko tylko nie udaje się wykryć jej ostrożnem obmacywaniem. Jajniki zwykle nie dają się wymacać.

Torba ropniaka jajowodu ma ściany twarde, niepodatne; wskutek przyrostu masy jajowodu podczas wytwarzania się ropniaka bywa jajowód często mocno pozwijany. Czasami można wyraźnie wymacać zrośnięcie się ropniaka jajowodu z pętlami kiszek. Całość podczas pierwszego obmacywania wydaje się wówczas o wiele większa, niż podczas badań późniejszych, mianowicie—po uprzedniem opróżnieniu kiszek. Ten ostatni objaw wskazuje na zrost ropniaka z kiszkami.

Co się tyczy ropnego zapalenia jajowodów septycznego niepołogowego, to liczba tego rodzaju spostrzeżeń jest na ogół dość mała, dlatego też trudno byłoby dziś nakreślić dokładny obraz tego cierpienia.

Ropne zapalenie jajowodu na tle pneumokoka Frankela daje dosyć swoiste objawy: napady bywają raptowne i gwałtowne, zwiększenie się ciepłoty ciała odbywa się bardzo szybko, bóle w brzuchu zjawiają się również nader szybko, również

zadziwiająco szybko opadają chorą siły. Dodać należy, że może być brak zupełny w tym-że czasie umiejscowienia pneumokoka w innym narządzie wewnętrznym, naprz. w płucach. Znajdujemy wówczas mocne podrażnienie otrzewnej. O ile dowiadujemy się od pacyentki i jej otoczenia, że cierpienie obecne nie było poprzedzone ani wiewiórem, ani zarażeniem połogowem, to szczególniej bardzo ostre objawy wskazywałyby na pneumokokowe zarażenie jajowodu.

Ropne zapalenie jajowodu, powodowane lasecznikiem okrężnicy, dotychczas napotykano rzadko; swoistych dla tego zakażenia objawów nie spostrzegano.

Ostre ropne wiewiórowe zapalenie jajowodów rzadko tylko zjawia się przed upływem trzech tygodni po pierwotnem zakażeniu wejścia do pochwy. Nie rzadko tego rodzaju zapalenie jajowodów daje objawy mało co wybitniejsze, niż objawy zapalenia pochwy i macicy. W innych atoli razach moment zaatakowania wiewiórem jajowodów występuje nader wyraźnie. Wśród dreszczów powiększa się ciepłota ciała do 39° — 39,5°. Zjawiają się wyraźne bóle dołem brzucha przeważnie najpierw na jednej stronie, potem — na drugiej; występuje również podrażnienie innych narządów miednicy małej. W prędkim czasie ciepłota ciała obniża się, bóle uspakajają się, lecz niebawem zjawiają się ponownie wskutek przejścia drobnoustrojów na otrzewną; i to podrażnienie również wkrótce uspakaja się. U pewnej części chorych, dotkniętych tą sprawą chorobową, dochodzi ostatecznie do zupełnego wyzdrowienia, u innych zaś— powstaje po niej ropniak.

Ostry okres rzadko udaje się lekarzowi spostrzegać; wszakże bywa on przez chore tak dokładnie opisywany, że, badając okresy późniejsze cierpienia, możemy oryentować się w nim z dużą łatwością.

Czasami spostrzega się ten okres wiewiórowego zapalenia jajowodu w warunkach, które zaledwie mogą wzbudzić podejrzenie zakażenia wiewiórowego, np. w połogu. Wówczas ostre cierpienie dolnego odcinka dróg rodnych daje wartościową wskazówkę dla należytego rozpoznania ostrego wiewiórowego zapalenia jajowodu. Znajdujemy wówczas żywą bolesność całej tkanki łącznej miednicy małej, wyraźne obrzmienie i wydłu-

żenie odnośnego jajowodu, który ponad jajnikiem opuszcza się do zatoki Douglasa.

Niewątpliwie jednak rozwija się tego rodzaju schorzenie jajowodu o wiele częściej w sposób bardziej skryty. Młode kobiety, tem cierpieniem dotknięte, wskazują na pewne uczucie tępego bólu, który umiejscowia się początkowo w pośrodkowej linii dołu brzucha, i dopiero potem przenosi się na boki. Peryody stają się coraz bardziej uciążliwe, zjawiają się gryzące, cuchnące wypływy z narządów płciowych. Tego rodzaju ukryta postać spotyka się u dużej liczby kobiet.

Dzięki leczeniu i odpowiedniemu zachowaniu się chorej następuje poprawa w cierpieniach, i dochodzi do pewnego stopnia, na którym zatrzymuje się czas dłuższy.

Obraz przewlekłego zapalenia wiewiórowego ropnego jajowodu jest ten, który właśnie najczęściej spostrzega się w praktyce, gdy doszło już do wytworzenia się ropniaka. Bardzo często bywa tak, że brak jest całkiem jakiegoś wydatnego, swoistego objawu. Dopiero za pomocą dokładnego wypytywania chorej można stwierdzić stopniowo wzrastające niedomagania, wychudzenie, stały brak łaknienia, wzmagającą się niechęć do wszelkiej pracy fizycznej; często wskazują chore na powtarzające się napady bólu, powiększającego się przy stosunku płciowym. Występują ciężkie zaburzenia w peryodach. Najczęściej obok innych objawów spotykamy pewną nadwrażliwość w odpowiedniej stronie dołu brzucha, i czasami wzrastające bóle brzucha, przeszkadzające wszelkim mocniejszym ruchom, i trwałe, obfite upławy.

Macica najczęściej na obmacywanie wydaje się mało zmienioną; w wydzielinie, wziętej z macicy, rzadko udaje się stwierdzić obecność zarazków wiewiórowych. Macica bywa przesunięta naprzód i na bok, rzadko — ku dołowi, przez masę guza ropniakowego. Guz jajnika zwiesza się do zatoki Douglasa; jajnik można wyczuć wówczas osobno, jako ciało o wiele bardziej miękkie. Rozciągnięty koniec jajowodu wyraźnie wymacuje się przyrośnięty do ściany miednicy małej. Masa guza jest w całości nieco ruchoma, lecz ani macicy, ani jajników nie udaje się poruszać oddzielnie od guza. Jeżeli ropniak jest mocno płynem wypełniony—może powstać guz kulisty, rozmaitej wielkości, który u góry sterczy do jamy brzucha, u dołu zaś wypeł-

nia całą miednicę małą. W ropniakach jajowodów wiewiórowych, podług Zweifela, rzadko przytrafia się przedziurawienie się tegoż do narządów otaczających w przeciwieństwie do ropniaków pochodzenia septycznego połogowego. Atoli, ze względu na mieszane postacie zakażenia wiewiórowego, nie jest wyłączone i takie powikłanie ropniaka wiewiórowego.

Gdy doszło do przedziurawienia się ropniaka jajowodu do jednego z sąsiednich narządów: kiszki, pęcherza moczowego, pochwy, wówczas można znaleźć ropę w moczu, w kale, w wydzielinie pochwy. Tu jednak przestrzega A. Martin, by nie zadużo ufać pod tym względem opowiadaniu samych pacyentek, zdarzało mu się bowiem, że pacyentkom jego mówili o takiem opróżnieniu się ropniaka lekarze bardzo doświadczeni, odradzając im przez to samo zabieg operacyjny, tymczasem w przebiegu wykonanej przez Martina operacyi można było stwierdzić, że podobne przedziurawienie się ropniaka w rzeczywistości bynajmniej nie istniało. O ile w samej rzeczy doszło do połączenia się ropniaka jajowodu z jedną z wyżej wymienionych jam, to tylko wyjątkowo opróżnia się w ten sposób ropniak odrazu i bezpowrotnie. O wiele częściej natomiast dochodzi przytem do długo trwającego ponownego gromadzenia się wydzieliny ropnej w jajowodzie i do ponownego opróżniania się ropniaka. Opróżnianie się ropniaka zdarza się już to w pewnych peryodycznych okresach czasu, już to w pewnych warunkach, mianowicie, gdy zostaje znacznie zwiększone ciśnienie w jamie brzucha. Utrudnione oddawanie stolca, stosunek płciowy, mocne napięcie ścian brzucha, przekrwienia miesiączkowe — odgrywają tu poważną rolę. Nierzadko odbywa się opróżnienie się ropniaka w bardzo długich odstępach czasu, dając znać o sobie powolnem wzmaganiem się bólów. Gorączka i objawy podrażnienia są przytem stale powtarzającymi się objawami. Może się wówczas ponownie otworzyć stara droga, mogą wytwarzać się nowe kanały przetokowe, może ostatecznie dojść do rozległych zniszczeń. A. Martin dodaje, że tylko w pojedyńczych przypadkach znajdował rozległe zniszczenia.

Niewątpliwie, mogą tego rodzaju kanały przetokowe ostatecznie zamykać się samoistnie, tak iż następuje rodzaj wyleczenia. Następnie atoli trwająca w dalszym ciągu sprawa ropna w ropniaku daje nanowo guz ropniakowy. Widzimy z po-

wyższego, że żadną miarą nie da się porównać przegryzienie się ropniaka jajowodu do kiszki, do pęcherza moczowego z takiemże przegryzieniem się ropnia przywyrostkowego. W tym pierwszym przypadku wyleczenie na drodze wylania się ropy do kiszki, pęcherza moczowego, pochwy, należy do zjawisk prawie wyjątkowo spostrzeganych. Moje własne w tym względzie spostrzeżenia przemawiają w tym samym kierunku.

Co się tyczy obrazu klinicznego pęknięcia ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnej, o którem to pęknięciu była mowa wyżej, to spostrzegają się tu przypadki o przebiegu nadzwyczaj ostrym, w których dochodzi do zejścia śmiertelnego w ciągu 2-ch — 3-ch dni. Objawy ogólne od samego początku są nadzwyczaj ciężkie, zapaść krańcowa. Tętno po upływie kilku godzin od powstania pęknięcia dobiega 120 uderzeń na minutę; w bardzo prędkim czasie staje się ono niewyczuwalne. W innych razach, po przeminięciu pierwszych groźnych objawów, tętno odzyskuje powoli swą siłę, ciepłota ciała znów zwiększa się, rzadko dochodząc do 40° C. Ból umiejscawia się w dole brzucha, tamże wytwarza się zbiorowisko ropy. Obmacywanie i dokładne zbadanie brzucha chorej jest w początkowym okresie nadzwyczaj utrudnione.

Czasami wkrótce po pęknięciu ropniaka jajowodu zjawia się przejściowe polepszenie, które pozwala spodziewać się polepszenia stałego. Lecz jest to polepszenie rzekome, zwodnicze. Polega ono na tem, że boleści, spowodowane przez nadmierne rozciągnięcie się jajowodu, po opróżnieniu się tegoż względnie uspokajają się. Otoczenie chorej, a często i mniej doświadczony lekarz myślą o pomyślnem zejściu, aż tu naraz wybuchają ponownie objawy nieraz śmiertelnego zapalenia otrzewnej.

Przechodząc do objawów klinicznych zawęźlenia się szypuły ropniaka jajowodu, musimy zaznaczyć, że tu nie napotykamy objawów swoistych; widuje się na ogół — wzmożenie się zwykłych boleści dołem brzucha i inne objawy, które mogą wskazywać raczej na ostre podrażnienie otrzewnej, niż pozwalają zrobić należyte rozpoznanie.

Przechodząc obecnie do obrazu klinicznego gruźlicy jajowodów, musimy przypomnieć, że w pewnej liczbie przypadków zakażenie gruźlicze powstaje wskutek pierwotnego usadowienia

się laseczników gruźliczych w jajowodzie, atoli w większości przypadków — wskutek przeniesienia się wtórnego sprawy gruźliczej z innego ogniska. W tym ostatnim przypadku nie rzadko rozwija się zakażenie gruźlicą jajowodu, który już poprzednio był dotknięty stanem przewlekłego podrażnienia. O ile dochodzi wtedy do usadowienia się laseczników gruźliczych w jajowodzie, zjawia się pewne obostrzenie cierpienia ogólnego. Nie brak jest wówczas objawów, które poznaliśmy w ropniakach jajowodów w okresie obostrzenia się tychże, lecz objawy te o wiele częściej giną w ogólnym obrazie, jaki bywa powodowany przez ciężkie zakażenie ogólne. W żadnym razie nie jest jednak wyłączone, że umiejscowienie się gruźlicy w innem miejscu odchodzi całkiem na dalszy plan, gdy tymczasem sprawa gruźlicza w jajowodzie wysuwa się na plan pierwszy, dając znać o sobie tymi samymi objawami, jakie poznaliśmy wyżej, mówiąc o ostrem septycznem zachorowaniu jajowodów.

Pierwotne osiedlenie się laseczników gruźliczych w jajowodzie było najpierw stwierdzone przez Hegara. A. Martin powiada, że jego własne spostrzeżenia, oraz spostrzeżenia innych autorów potwierdziły to zapatrywanie Hegara.

Nierzadko wywiady dają pewien punkt oparcia dla należytego ocenienia objawów. Cierpienie ogólne często w sposób przerażający zjawia się jednocześnie z umiejscowieniem się gruźlicy w jajowodzie. Zazwyczaj w tych razach objawy miejscowe są o tyle wyraźne, że zwracają na się uwagę i chorej i lekarza. Najbardziej przekonywający przypadek opisuje Menge; w przypadku tym chora, która, ciesząc się dotąd zupełnem zdrowiem, wyszła za mąż za mężczyznę, dotkniętego gruźlicą, przedstawiała nadzwyczaj typowy obraz kliniczny: bez jakichkolwiek objawów chorobowych ze strony pochwy lub macicy już po upływie 6 tygodni po zamążpójściu zjawiły się objawy zachorowania jajowodu, by śród rozwijania się cierpienia ogólnego doprowadzić do konieczności operacyjnego usunięcia chorego narządu.

W przypadkach pierwotnego usadowienia się sprawy gruźliczej w jajowodzie występuje, jako najbardziej jaskrawy objaw — zaburzenie w miesiączkowaniu, czyli wtórne podziałanie na macicę. Miesiączki stają się bardziej obfite, bardziej bolesne, zjawiają się w przyspieszonych terminach. Czasami dołączają

się do tego wzmożone odchody w okresach między peryodami. Następnie zjawiają się wyraźne bóle na stronie chorego jajowodu, względnie — na obu stronach. Nie jest rzeczą zupełnie pewną, czy te bóle zależą wyłącznie od zachorowania jajowodu, gdyż do stałych zmian w gruźlicy jajowodu należy również wczesne zachorowanie gruźlicze otrzewnej. Wskutek tego ostatniego w bardzo prędkim czasie zjawiają się zaburzenia w czynności odbytnicy, tak iż stan ogólny chorej w prędkim czasie wskutek częstych drobnych napadów bólu staje się coraz bardziej niezadawalający. Zwiększenie się ciepłoty ciała w tych początkowych okresach gruźlicy jajowodu, zdaje się, nie występuje; natomiast — puchlina brzuszna jest częstym towarzyszem gruźlicy jajowodów i pokrywającej je otrzewnej.

Skoro doszło do wytworzenia się licznych ognisk ropnych, wówczas powstały w ten sposób gruźliczy ropniak jajowodu bywa połączony tak samo, jak ropniak septyczny, z wahaniami gorączkowemi i ciężkimi objawami niedokrwistości. Zdaje się jednak, że sprawa może być długi czas umiejscowiona wyłącznie w jajowodzie. W jednym przypadku Wertha pozostawała sprawa niezmienioną $2^1/_2$ lata w swojem pierwotnem umiejscowieniu. Wskazują na to owe masy serowate, znajdowane w najrozmaitszych okresach stwardnienia. Wskazują na to również fakty, że udało się wykrywać laseczniki gruźlicze w stanie niezdolności do dalszego rozwoju. Jakie są podrażnienia, które były w stanie przewlekłą gruźlicę pchnąć w okres ostry, bywa w pojedyńczych razach niezupełnie jasne.

Co się tyczy objawów miejscowych sprawy gruźliczej w jajowodach w początkowym okresie, w razie ograniczenia się sprawy do jajowodu, to znajdujemy jajowód umiarkowanie zgrubiały. Wkrótce udaje się wymacać na nim zgrubienia guzikowate, które przedstawiają się, jako paciorkowato ułożone guziki; zależą one już to od pojedyńczych ognisk, już to od tego, że jajowód mocno fałduje się, i miejsca sfałdowania dają wrażenia guzików. Zazwyczaj już w tym okresie cierpienia dochodzi do znacznego zespolenia się jajowodu ze swojem otoczeniem. Można jeszcze wymacać osobno jajniki, brak kolbowatego obrzmienia ampulli dowodzi braku zrośnięcia się w tem miejscu. Lecz wkrótce obrzmiewa i ampulla, zrastając się w jednolity guz z jajnikiem, wielkości jaja gęsiego, który to

guz przyrasta do boku macicy; dają się również wykryć i zrosty z otaczającemi kiszkami. Przez wszystkich autorów kładzie się duży nacisk na okoliczność, że zgrubienia guzikowate dają się wymacać i w części przymacicznej jajowodu; zgrubienia te mogą zależeć nietylko od ognisk w świetle i ścianie samego jajowodu, lecz i od sprawy gruźliczej w naczyniach chłonnych. Obrzmiewanie okolicznych gruczołów chłonnych spostrzega się rzadko.

* *
*

Przechodzimy z kolei do sprawy rozpoznawania ropniaków jajowodów. Sprawę tę można traktować z podwójnego punktu widzenia — mianowicie, możemy zadowolić się ogólnem rozpoznaniem ropniaka jajowodu, lub też możemy chcieć dotrzeć do bardziej subtelnego rozpoznania rodzaju zakażenia, które doprowadziło jajowód do omawianego stanu chorobowego.

Na mocy tego, co było wyżej powiedziane odnośnie przyczyn ropnego zapalenia jajowodów, anatomii patologicznej ropniaków jajowodów, obrazu klinicznego tychże, ogólnikowe rozpoznanie ropniaka jajowodu na ogół nie nastręcza dużych trudności. Nie nastręcza jej również w wielu razach i trafne rozpoznanie ciężkich powikłań owej sprawy chorobowej — samoistnego pękania ropniaka, zawęźlenia się szypuły tegoż. O wiele inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli zechcemy bardziej wysubtelnić nasze rozpoznawanie, czyli skoro postanowimy nie tylko stwierdzić, że mamy do czynienia wogóle z ropniakiem jajowodu, lecz jednocześnie bliżej określić i rodzaj zakażenia, jakie zmieniło jajowód w ropniak, jak to robimy, rozpoznając stany zapalne w stawach, kościach, jelitach i t. p. A takie subtelne rozpoznanie — zobaczymy to niebawem — wzbudza interes bynajmniej nietylko teoretyczny. Dziś już pozwala ono, odpowiednio do rodzaju zakażenia, wybierać to, lub owo postępowanie lecznicze; z biegiem czasu będzie ono, niezawodnie, odgrywało rolę jeszcze bardziej rozstrzygającą. Dodać tu muszę, że dotychczas zamało poświęcono uwagi dokładnemu rozróżnianiu klinicznemu rozmaitych postaci ropniaków jajowodów; w dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem bardzo mało wskazówek w tym kierunku.

Chcąc zoryentować się w danym przypadku, należy pod-

dać bardzo szczegółowemu rozważaniu każdy szczegół, dotyczący zarówno wywiadów, jak i danych, stwierdzonych badaniem osobistem.

W chwili obecnej najwięcej danych dostarczają nam wywiady. Oczywiście, jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, czy badana pacyentka przebywała porody lub poronienia, lub też nie. W tym ostatnim przypadku możemy prawie napewno wyłączyć zakażenie septyczne połogowe, natomiast — przyjąć zakażenie wiewiórowe, szczególniej jeżeli możemy stwierdzić cierpienie wiewiórowe w pozostałych narządach rodnych. Naturalnie musimy też mieć na uwadze, czy nasza pacyentka nie przebywała spraw ropnych otrzewnowych innego pochodzenia, przedewszystkiem zaś zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie staje się o wiele trudniejszem, gdy mamy do czynienia z kobietą, która już odbywała porody i poronienia. Wtedy jest rzeczą pierwszorzędnej wagi stwierdzić, czy kobieta przebyła kiedyś dawniej ostry okres zakażenia wiewiórowego, jakkolwiek dodać należy, że okoliczność wymieniona bynajmniej nie przesądza jeszcze sprawy ostatecznie.

O ile znów dowiadujemy się, że chora nie przebywała cierpienia, które możnaby rozpoznać jako wiewiór, że nie przechodziła zakażenia połogowego, natomiast z opowiadania jej możemy wywnioskować, że w przebiegu zapalenia płuc miała jakieś mocne dolegliwości dołem brzucha, które zjawiły się raptownie i miały przebieg nadzwyczaj gwałtowny, z bardzo dużą gorączką, z dużą utratą sił, wówczas z pewnem prawdopodobieństwem możemy myśleć, że cierpienie jajowodu powstało na tle zakażenia pneumokokowego. To samo stosuje się i do zapaleń jajowodów, występujących ostro u młodych dziewcząt w przebiegu innych ostrych cierpień zakaźnych.

W jeszcze innym przypadku dowiadujemy się od pacyentki, że była ona zawsze jaknajzdrowsza, i dopiero, jak to było w podanym wyżej przypadku Mengego, gdy wyszła zamąż za mężczyznę, dotkniętego gruźlicą, po upływie pewnego czasu, zresztą dość krótkiego, zjawiły się u niej dolegliwości w dolnej części brzucha, które mogą wskazywać na cierpienie przydatków macicy. Oczywiście, wobec wywiadów, tak dalece rzucających się w oczy, zrodzi się w nas podejrzenie co do gruźliczej natury cierpienia.

Wreszcie dokładnie zebrane wywiady mogą nam w równej mierze dopomódz skierować naszą uwagę na rozpoznanie samoistnego przedziurawienia się ropniaka do wolnej jamy otrzewnowej, a w pojedyńczych przypadkach i do rozpoznania zawęźlenia się szypuły ropniaka jajowodu.

Co się tyczy danych, jakie otrzymujemy z osobistego zbadania pacyentek, to dotychczas są one bardzo mało przydatne do omawianego celu; co najwyżej—możemy czasami z pewnem prawdopodobieństwem, za pomocą dokładnego obmacywania chorobowo zmienionych przydatków macicy, za pomocą stwierdzenia obecności puchliny brzusznej, rozpoznać gruźliczą naturę ropniaka jajowodu, szczególniej — o ile i wywiady przemawiają w tymże kierunku.

Natomiast dotychczas jest niezmiernie trudno, za pomocą jedynie badania podmiotowego, odróżnić od siebie ropniaki pochodzenia wiewiórowego od ropniaków septycznych, pneumokokowych i t. d. Tyle tylko należy uwzględnić, że ropniaki pochodzenia septycznego dają na ogół kliniczny obraz cierpienia daleko cięższego, niż ropniaki wiewiórowe, że w tym pierwszym przypadku jakoby zrosty bywają o wiele mocniejsze i rozleglejsze, że następnie, na co zwrócił uwagę Zweifel, ropniaki pochodzenia septycznego o wiele częściej dają przetoki do kiszki, pęcherza moczowego, niż ropniaki wiewiórowe.

Z powyższego widzimy, że do dziś sprawa dokładnego rozpoznawania pojedyńczych postaci ropniaków jajowodów nie jest bynajmniej opracowana należycie.

* * *

Przystępujemy obecnie do ostatniego rozdziału, który stanowi jednocześnie ostateczny cel niniejszej rozprawki, mianowicie do szczegółowego rozejrzenia się, na podstawie tego, cośmy dotychczas w krótkich wyrazach wyżej omówili, we wskazaniach i sposobach leczniczych, w ropniakach jajowodów stosowanych. Odrazu muszę tu powiedzieć, że pod względem wskazań oraz metod leczniczych walczą poniekąd o lepsze rozmaite kierunki, mianowicie jeden, zasadniczo dążący do leczenia ropniaków jajowodów na drodze wyłącznie zachowawczej, drugi — znajdujący, że w cierpieniu tem można istotnie dopo-

módz chorej jedynie na drodze chirurgicznej, wreszcie — trzeci pośredni, rozróżniający przypadki, w których jest zupełnie usprawiedliwiony pierwszy sposób postępowania, od przypadków, które dadzą się leczyć tylko operacyjnie. Musimy wszakże zastrzedz się, że mamy w tej chwili na myśli nie ropne zapalenie jajowodów, jeno przypadki, w których na drodze badania oraz ścisłego spostrzegania pacyentki możemy ustalić, że niewątpliwie mamy do czynienia z ostatecznie ukształtowanym ropniakiem jajowodu.

Omawiając wyżej anatomię patologiczną i obraz kliniczny ropniaków jajowodów, widzieliśmy, że w pewnych przypadkach, przez niektórych autorów uważanych nawet za dość częste, niewątpliwie stwierdzone ropniaki jajowodów powoli ustępują, stwardnienie jajowodów znika powoli ostatecznie.

Czy to zawartość płynna, która mieściła się była w ropniaku, uległa stopniowemu wchłonięciu, czy też przedostała się ona powolnie przez niezarośnięty koniec przymaciczny jajowodu — do jamy macicy, a stąd — nazewnątrz, trudno jest powiedzieć; jednemu zaprzeczyć niepodobna, że bądź co bądź daje się spostrzegać niewątpliwe zupełne zniknięcie torbielowato zmienionych jajowodów, których wymiary — o ile można było sądzić — bynajmniej nie pozwalały rokować tak dalece pomyślnego przebiegu.

Pozatem, widywano niewątpliwie kobiety, dotknięte obustronnem cierpieniem przydatków, po kilku miesiącach lub latach zachodzące w ciążę. Wszystkie te, tylko co wymienione, okoliczności wyraźnie przemawiają na korzyść poglądu, by zbyt pochopnie nie uciekać się do zabiegu operacyjnego, o ile ropniak jajowodu przebiegiem swym nie nadwyręża zbytnio ogólnego stanu zdrowia chorej. Nie będziemy tu przytaczali rozmaitych sposobów leczenia zachowawczego ropniaków jajowodów starszych i nowszych, gdyż są one powszechnie dobrze znane i rozlegle stosowane.

Atoli istnieją niewątpliwie przypadki, w których leczenie chirurgiczne staje się bezwarunkowo koniecznem. Do takich należą przedewszystkiem przypadki, w których doszło do samoistnego pęknięcia jajowodu do wolnej jamy otrzewnej. Tu możemy rozróżniać dwie postacie. Pierwsza postać obejmuje okres najbliższy po dokonaniu się pęknięcia ropniaka; odnośnie

tej postaci autorowie mniej więcej jednogłośnie zgadzają się, że tu należy uciec się jaknajspieszniej do zabiegu operacyjnego po stwierdzeniu tego powikłania ropniaków jajowodów. Druga postać obejmuje okres dalszy, okres uogólniania się zapalenia, powstałego z pęknięcia ropniaka, po dużych odcinkach otrzewnej; co do tej postaci, wielu autorów waha się stosować tu zabieg operacyjny. Zapatrywanie to wszakże nie jest słuszne, bowiem otrzymywano niejednokrotnie wyniki pooperacyjne nadspodziewanie pomyślne, które upoważniają chirurgów do przedsiębrania zabiegu operacyjnego w najcięższych nawet przypadkach.

Inną grupę stanowią znów przypadki, w których wskazaniem do przedsięwzięcia operacyi jest ostre ropienie w ropniaku jajowodu, objawiające się w dużem zwiększeniu się ciepłoty ciała, w zatrważającem wzrastaniu napięcia ścian torbieli zapalnych, w zapalnym obrzęku sąsiadujących z chorym jajowodem okolic, w stwierdzeniu miejsca sterczącego szczególnie bolesnego w ścianie ropniaka jajowodu, w objawach odczynu ze strony narządów sąsiadujących, mianowicie — w zapalnem podrażnieniu pęcherza moczowego, odbytnicy, w wydalaniu szlamowatego śluzu. I tego rodzaju przypadki wymagają przedsięwzięcia zabiegu możliwie niezwłocznego. Dodać tu należy, że jednocześnie w tego rodzaju przypadkach daje się stwierdzić za pomocą mikroskopu zwiększoną leukocytozę. Opisane tu przezemnie na początku rozprawy spostrzeżenie pierwsze należy w pewnym stopniu do przypadków tej właśnie kategoryi.

Wskazania do leczenia operacyjnego szerzą się również i na owe przypadki, w których długie trwanie zaburzeń w stanie zdrowia kobiety, powodowane istnieniem ropniaków jajowodów, ich częste wznowy, beznadziejne trwanie do nieskończoności nader dokuczliwych bólów, wybitnie wskazują na zupełną bezskuteczność leczenia zachowawczego. W przypadkach tej kategoryi, pomimo jaknajstaranniejszego zachowania trwałego spokoju w ciągu tygodni i miesięcy, pomimo najbardziej uzasadnionego leczenia,p omimo najdrobiazgowszego zapobiegania pogorszeniom, zmiany w jajowodach uporczywie trwają nadal. Czasami dotkliwe bóle uspokajają się, dopóki pacyentka pozostaje w łóżku, wznawiają się atoli niebawem, skoro tylko

chora wstaje, skoro zaczyna oddawać się swemu zajęciu zawodowemu, czasami nawet gdy siedzi spokojnie kilka godzin. Drobne wysiłki, spowodowane wypróżnieniem, spółkowaniem, już nieraz wznawiają cierpienie. Obmacywanie wykazuje, że guzy jajowodowe wciąż pozostają niezmienione. Zjawienie się peryodu, często nawet w czasie leżenia w łóżku, bywa powodem nowego pogorszenia się dolegliwości. Często znów — wszystko zdaje się przemawiać, że sprawa przebiega jaknajpomyślniej, naraz od najbłahszego powodu sprawa powraca do stanu poprzedniego.

W przypadkach tego rodzaju, przedewszystkiem, jeżeli dotyczą one kobiet z warstw mniej zamożnych, robotniczych, ciężko fizycznie pracujących, dla których długie przebywanie w łóżku, szczególnie w szpitalu, i wstrzymywanie się od wysiłków fizycznych, połączonych z pracą zawodową, równa się z klęską życiową, z nędzą dla całej rodziny, pomoc chirurgiczna jaknajbardziej doszczętna staje się w wysokim stopniu uzasadniona. Operacya w takich przypadkach, wykonana „na zimno“, nastręcza na ogół mało niebezpieczeństwa dla chorej, i bynajmniej nie sprowadza następstw, tak dalece niepomyślnych dla ogólnego stanu zdrowia chorej, jak to często bywa jej z rozmaitych stron zarzucane.

W dużym stopniu bywał przesadzany niepomyślny wpływ trzebienia kobiety na jej układ nerwowy i na zaburzenia duchowe, jakie spostrzega się czasami u kobiet operowanych. W obecnych czasach owa przesada w znacznym stopniu przeminęła, i, nie zapoznając bynajmniej przypadłości nerwowych, jakie widuje się wogóle w następstwie operacyi, w szczególności zaś w następstwie tych, które dotyczą jajników, ocenia się je w sposób bardziej właściwy. Laignel-Lavastine na zjeździe psychiatrów w Dijon wypowiedział zdanie, podzielane przez większość chirurgów, potwierdzone przez Labadie-Lagrave'a i Legueu'a, Joffray'a, że powstawanie ciężkich zaburzeń duchowych pooperacyjnych należy przypisać pewnej pierwotnej dziedzicznej słabości komórki nerwowej u operowanych kobiet, istniejącej już niewątpliwie przed i w chwili wykonania zabiegu operacyjnego.

W samej rzeczy, przypadłości nerwowoduchowe, spostrzegane u kobiet w następstwie trzebienia, bywają 2-ch rodzajów.

Jedne z nich polegają na elementarnych zaburzeniach psychicznych, jako to: na apatyi, lub też niezwykłej pobudliwości, na nieusprawiedliwionym okolicznościami smutku, osłabieniu pamięci, na niedomodze (asthenia) nerwowomięśniowej, współczesnej z bólami głowy, na napadach uczucia gorąca. Są to zwykłe objawy niedostateczności, lub braku czynności jajnikowej, którą to niedostateczność zmuszają do rychłego zniknięcia odpowiednia hygiena, opoterapia, odpowiednie pożywienie. Inne znów przypadłości polegają na rozmaitych psychozach degeneracyjnych, które powstają, z jednej strony, w następstwie zatrucia kobiety pochodzenia jajnikowego lub lekowego, które znów, z drugiej strony, znacznie powiększają się wskutek obarczenia dziedzicznego lub nabytego.

Z powyższego wyraźnie wypływa wniosek, że obawa tylko co wyszczególnionych powikłań pooperacyjnych nie powinna być zbytnio brana w rachubę, skoro chodzi o zdecydowanie się na zabieg skądinąd wystarczająco wskazany na zasadzie zmian, znalezionych w narządach płciowych, oraz na zasadzie zaburzeń w stanie ogólnym zdrowia kobiety, przez owe zmiany w narządach płciowych wywołanych. Należy tu, zresztą, dodać, że wymieniony wyżej wpływ trzebienia na układ nerwowy i stan duchowy kobiety jest tem mniej zaznaczony, im w chwili zabiegu zmiany chorobowe w jajnikach są dalej posunięte obok zmian w jajowodach. Pozatem wiemy, że zabiegi operacyjne, wykonywane na narządach płciowych kobiety, wydoskonalają się coraz bardziej; o ile tylko da się, jajniki bywają jaknajbardziej ochraniane i wycinane tylko częściowo. W ten sposób widywano zajście w ciążę operowanych kobiet, gdy udawało się zachować jeden jajnik. Boyer nawet podaje nadzwyczaj zajmujące spostrzeżenie, że kobiety, dotknięte jednostronnem cierpieniem przydatków i niepłodnością, po usunięciu chorego narządu łatwo zachodziły w ciążę.

Powyższe dwa kierunki dadzą się przecież połączyć ze sobą. Mianowicie: istnieje i trzeci rodzaj postępowania, do którego skłaniam się osobiście. Polega on na tem, że leczenie ropniaków jajowodów, o ile przypadek nie należy do nagłych, należy zaczynać od postępowania zachowawczego, co zresztą wymaga dużo cierpliwości zarówno ze strony pacyentki, jak i ze strony lekarza. Dopiero gdy wszystkie nasze środki zawodzą, gdy

istnienie ropniaka jajowodu zaczyna zanadto odbijać się na zdrowiu oraz na całokształcie życia pacyentki, szczególniej, jeżeli jest to kobieta ze sfer pracujących, wówczas należy przejść do leczenia operacyjnego. Z tego, co widzieliśmy wyżej, musimy twierdzić, że istnienie przetoki, prowadzącej z ropniaka jajowodu do kiszki, do pęcherza moczowego, bynajmniej nie przemawia przeciwko potrzebie wykonania zabiegu operacyjnego.

Co do wyboru sposobu operacyjnego — o nim będzie mowa niżej.

Co się tyczy wskazań leczniczych w gruźlicy jajowodów, względnie — przydatków macicy, to i tu przedewszystkiem jest ważna okoliczność, czy bywa gruźlica przydatków macicy zdolna do wyleczenia się samoistnego. Niewątpliwie — tak jest. Wielu operatorów wspomina, że w przebiegu operacyi, wykonywanych w miednicy małej z innego powodu, przypadkowo znajdowano w zatoce Douglasa stare ogniska zserowaciałe w jajowodach, w których to ogniskach badanie mikroskopowe stwierdzało wygasłą sprawę gruźliczą. Niestety, istniejące w tym względzie w piśmiennictwie wiadomości nie są jeszcze dość obfite, by można było już w dobie obecnej ustalić częstość wyleczenia gruźlicy jajowodów po leczeniu wyczekującem. Istnieje jedno tylko nieco większe zestawienie Sellheima, mianowicie — 58 przypadków gruźlicy narządów płciowych kobiety. Z pośród nich 31 przypadek był leczony paliatywnie, lecz liczba dłuższy czas spostrzeganych pacyentek jest tak mała, że nie można wyciągnąć z nich jakichś bardziej przekonywających wniosków. To tylko można powiedzieć, że gruźlica jajowodów wykazuje niewątpliwie pewną dość wyraźną skłonność do samowyleczenia.

Z dwóch faktów: że gruźlica narządów płciowych kobiecych może czasami goić się samoistnie, i że, usuwając dotknięte gruźlicą narządy płciowe, prawie nigdy nie usuwamy z ustroju pierwotnego ogniska gruźliczego, należy zrobić wniosek, że w każdym przypadku gruźlicy przydatków macicy należy najpierw zastosować leczenie zachowawcze, ogólne. O ile po leczeniu takiem poprawia się wyraźnie stan ogólny pacyentki, należy zaniechać wszelkiego leczenia operacyjnego.

O ile rzeczy mają się przeciwnie, o ile gruźlica narządów

płciowych powoduje żywe cierpienia, przedewszystkiem zaś — nieprawidłowe, wyczerpujące siły, krwawienia, które podkopują stan ogólny kobiety, zwiększenie się ciepłoty ciała, wówczas musi przyjść na porządek dzienny leczenie operacyjne. Przed każdym zabiegiem na podstawie doświadczenia, że gruźlica przydatków macicy najczęściej bywa zjawiskiem wtórnem, należy uwzględnić pierwotne ognisko gruźlicy. Jeżeli można stwierdzić, że ognisko pierwotne istotnie w dużym stopniu przyczynia się do wyniszczenia sił chorej i jest nie do usunięcia, jeżeli—dalej—możemy obawiać się, że zabieg operacyjny może wpłynąć niepomyślnie na chorą, wówczas należy zaniechać wszelkiego zabiegu. Jako na szczególnie niepomyślne zjawisko należy patrzeć na powikłanie gruźlicy przydatków macicy — sprawą gruźliczą w płucach. Polano na mocy spostrzeżeń z kliniki greifswaldzkiej wskazywał niedawno na pogarszanie się pierwotnego cierpienia gruźliczego płuc po operacyach na wtórnie dotkniętych gruźlicą przydatkach macicy. Z drugiej wszakże strony nie może uwzględnianie pierwotnego ogniska gruźliczego iść tak daleko, by musiało wstrzymywać nas w każdym przypadku od operowania wtórnej gruźlicy przydatków macicy. Nawet wobec jednocześnie istniejącego cierpienia płuc, w razie gdy chodzi o starą, otorbioną sprawę gruźliczą w płucach, może być zupełnie wskazana operacya na dotkniętych gruźlicą przydatkach macicy. Częste powikłanie gruźliczych jajowodów gruźlicą macicy i jajników (w 66% przypadków), która to gruźlica macicy i jajników nie daje się stwierdzić makroskopowo, a tylko za pomocą bardzo skrzętnego badania mikroskopowego i bakteryologicznego, przemawia na korzyść jednoczesnego usuwania i jajników i macicy. Na korzyść takiego poglądu przemawiają i dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne. Sellheim na zasadzie spostrzegania chorych, operowanych w klinice frejburskiej z powodu gruźlicy przydatków macicy, wnioskuje, że możliwie jaknajdoszczętniejsze operowanie kobiet stanowczo daje najlepsze wyniki stałe co do wyleczenia miejscowej gruźlicy.

Hegar, Sellheim, Alterthum, Bulius wyprowadzają wniosek, że o ile decydujemy się chwycić za nóż, należy operować doszczętnie, i razem z przydatkami usuwać i macicę. To samo twierdzi Veit. Z drugiej atoli strony gruźlica jajowodów spo-

tyka się dosyć często u osobników młodocianych. U nich całkowite wycięcie narządów płciowych bywa wykonywane niechętnie, a to tem bardziej, że w tym wieku, po wycięciu schorzałych jajowodów, o ile zajęcie macicy i jajników gruźlicą nie jest daleko posunięte, widuje się wygojenie tychże.

Wobec tego Doederlein i Kroenig dochodzą do wniosków następujących. U osobników młodocianych w gruźlicy narządów płciowych kobiecych należy możliwie nie spieszyć się z zabiegiem operacyjnym i stosować leczenie ogólne. O ile sprawa miejscowa pomimo to stale pogarsza się i staje się wskazaną operacya na wyżej podanych zasadach, to powinna ona polegać możliwie tylko na usunięciu ropniaków jajowodowych. Natomiast u kobiet średniego wieku, od połowy trzeciego lat dziesiątka, czasami nawet od początku tegoż, o ile zjawia się wskazanie do operacyi, należy wykonywać ją jaknajbardziej doszczętnie.

Po każdej operacyi na dotkniętych gruźlicą narządach płciowych kobiecych należy zalecić leczenie ogólne.

Z powyższego widzimy, że wcześniej lub później możemy być zmuszeni przez okoliczności do zdecydowania się na leczenie operacyjne ropniaka jajowodu. Przechodzimy zatem do szczegółowego rozejrzenia się w sposobach postępowania chirurgicznego, stosowanych w ropniakach jajowodów.

Postępowanie operacyjne, stosowane w leczeniu ropniaków jajowodów, do pewnego stopnia szło równolegle do stanu, w jakim znajdowały się wiadomości chirurgów co do istoty spraw ropnych, odbywających się w miednicy małej.

Najpierw tedy Récamier, Velpeau, Demarquay i wielu innych chirurgów okresu przedaseptycznego, stwierdzając klinicznie ropienie w miednicy małej, i nie zdając sobie jeszcze wówczas dokładnie sprawy, z czem mianowicie mają do czynienia, dłuższy czas otwierali na ślepo od strony pochwy ognisko ropne, które wypuklało się przez sklepienie tylne, jak zwykły ropień, trzymając się ogólnej zasady: ubi pus, ibi evacua.

Stwierdzenie przez Lawson-Taita właściwej istoty ropniaków jajowodów spowodowało doszczętny przewrót w postępowaniu chirurgicznem w ropniakach jajowodów, i gdy chirurg ten wykazał, że olbrzymia większość ropni miedniczych była za-

warta w chorobowo zmienionych, rozciągniętych jajowodach, gdy jego śmiałe postępowanie wykazało wszystkie korzyści, jakie nastręcza wycięcie ropniaków jajowodów, nacięcie tak zwanych ropni miedniczych poszło powoli w zapomnienie, zastąpione cięciem brzusznem lub pochwowem, i usunięciem chorych przydatków macicy. Takie przecinanie na ślepo ropniaków jajowodów poniekąd wskrzesił Laroyenne i nawet zbudował do tego specyalny przyrząd, którym przebija się tylne sklepienie pochwy i wprowadza się bez wszelkiej kontroli do miednicy przyrząd na ślepo.

Faure proponuje postępować nie na ślepo, lecz radzi przecinać szeroko poprzecznie tylne sklepienie pochwy, otwór w sklepieniu szeroko rozewrzeć, i wtedy zbadać wnętrze miednicy małej jaknajwyżej za pomocą palca i wzroku. Zbiorowisko ropy radzi jaknajbardziej zbliżyć ku otworowi w pochwie i unieruchomić, naciskając na nie od góry ponad spojeniem łonowem, i przebić ścianę długiemi zakrzywionemi szczypcami, rozprowadzając zaś ramiona szczypców — szeroko rozewrzeć otwór w torbie i przesączkować torbę za pomocą sączków gumowych. Gdy zaś ognisko ropne mieści się przed macicą, wypada otworzyć sklepienie przednie, po uprzedniem usunięciu ku przodowi pęcherza moczowego. Możliwe powikłania—krwawienie, uszkodzenie moczowodu, odbytnicy, jelita cienkiego przytrafiają się, zdaniem Faure'a, nie często. Wrazie, jeżeli sączkowanie nie jest wystarczające, wypadnie wyciąć wtórnie macicę od strony pochwy.

Dla Faure'a zarzuty, robione podanemu postępowaniu, nie są istotne, i operacyę powyższą uważa on za odpowiadającą celowi. Dla potwierdzenia swego poglądu przytacza on, że Rosenblatt na 331 przypadków takiej operacyi miał tylko 5 zejść śmiertelnych, czyli 1,7% śmiertelności. I wyniki daje ona, zdaniem Faure'a, dość pomyślne.

Gouilloud spostrzegał 16 chorych, zupełnie tym sposobem uzdrowionych, Howard Kelly na 65 przypadków — 32 wyzdrowienia, Reynier na 56 przypadków — 20 uzdrowień, Hartmann na 23 przypadki 19 wyzdrowień, Mangin na 35 ciężkich zakażeń — 32 wyzdrowienia, i na 122 lekkich zakażeń—91 wyzdrowienie.

Osobiście Faure spostrzegał bardzo liczne przypadki wy-

zdrowienia. Zdaniem tedy Faure'a, omawiana operacya jest bardzo mało ryzykowna, tymczasem w razie powrotu cierpienia pozwala na wycięcie macicy od strony pochwy, ewentualnie jakoby ułatwia cięcie brzucha w tem cierpieniu. Ponad wycięciem macicy ma tę wyższość, że widywano po niej zajście w ciążę.

Wskazanie do tego zabiegu znajduje Faure nie we wszystkich przypadkach ropniaków jajowodów, lecz w tych, gdzie ropniak jajowodu jest położony nizko, na dnie zatoki Douglasa, gdzie zakażenie jest na ogół świeże, gdzie ściany jajowodu nie uległy jeszcze zmianom bardzo daleko posuniętym, gdzie wreszcie sprawa jest jednostronna, jak również tam, gdzie mamy do czynienia z ostrym napadem sprawy przewlekłej.

Na korzyść takiego postępowania, zdaniem Faure'a, ma przemawiać i ta okoliczność, że gdy chora po takiem przecięciu znacznie poprawi się ogólnie, to w razie, jeżeli sprawa długi czas nie zagaja się, chora łatwiej będzie mogła znieść wtórną operacyę od strony brzucha.

Jakkolwiek chirurg tej miary, co Faure, tak życzliwie zapatruje się na wymieniony zabieg, osobiście nie mogę podzielić tej życzliwości. Samo tylko otworzenie ropniaka jajowodu, w ten lub inny sposób wykonane, wcale nie różni się od samoistnego otworzenia się ropniaka jajowodu do tej lub innej sąsiadującej z nim jamy, tego rodzaju zaś otworzenie się ropniaka, jak o tem niejednokrotnie mówiliśmy wyżej, wyjątkowo tylko może prowadzić do zagojenia się sprawy chorobowej.

Oczywiście tem bardziej należy odrzucić inne sposoby docierania i otwierania ropniaków jajowodowych, jako-to cięcie krzyżowe Wiedowa, cięcie kroczowe pionowe Hegara i Sangera po przez dół kulszowoodbytniczy i po przez mięsień unoszący odbyt, i cięcie kroczowe poprzeczne Zucherkandla, który dochodził do dna zatoki Douglasa, rozsuwając pochwę i kiszkę stolcową.

Dawniejszymi czasami Pozzi, dopóki nie były jeszcze należycie znane ropniaki jajowodów, proponował docierać do zbiorowisk ropnych za pomocą bocznego cięcia brzucha zewnątrzotrzewnowego, obecnie jednak zupełnie zaniechał tego cięcia, gdy bliżej zostały poznane sprawy ropne w jajowodach.

Nie wspominam tu o innych propozycyach, jak skrobanie

ostrą łyżką macicy tak długo, aż przeskrobie się ścianę tejże i ścianę ropnia, opróżnianie ropniaka jajowodu za pomocą sączkowania ropniaka poprzez przymaciczny koniec jajowodu, nakłucie ropnia od strony jamy macicy i następcze sączkowanie (Doleris) i t. d., gdyż dziś mają one zaledwie wartość historyczną.

Odkrycie Lawson-Taita, zrobione w roku 1872, dało powód do rewolucyi w poglądach na leczenie ropienia w przydatkach macicy, i od chwili, gdy dowiedziano się, że chore jajowody mogą być doszczętnie wycięte, wszyscy chirurgowie w tę własnie stronę zwrócili swe usiłowania.

Powoli tedy wycięcie ropniaków jajowodów stało się operacyą powszechną, i jakkolwiek widzi się obecnie usiłowania zastąpić ją, a właściwie — uzupełnić za pomocą jednoczesnego wycięcia macicy, pozostanie ona na zawsze nietylko w przypadkach cierpienia jednostronnego operacyą, do której wskazania spotykamy w życiu nader często.

Schorzałe przydatki macicy mogą być usunięte już to od góry, od strony brzucha, już to od dołu, od strony pochwy. Ta ostatnia droga bywa na ogół stosowana wyjątkowo, lecz istnieją przypadki, w których może ona być stosowana z całą korzyścią dla chorej. Z pośród polskich operatorów zdecydowanym zwolennikiem wycinania chorych przydatków macicy od strony pochwy jest dr. Falgowski z Poznania.

Wycięcie ropniaków jajowodów przez pochwę było po raz pierwszy wykonane w roku 1887 przez Gaillarda Thomasa, wkrótce zaczęli je również stosować Péan, Bouilly, Terillon. Dührssen, Le-Dentu, Pichevin podali odmianę tego zabiegu, mianowicie — przez sklepienie przednie.

Technika omawianego zabiegu jest następująca. Macicę mocno ściągamy na dół, i rozlegle otwieramy tylne sklepienie pochwy. Szerokim wziernikiem rozwieramy otwór w sklepieniu i wyszukujemy zmienione przydatki. O ile nie są one pozrastałe, lub też zrosty nie są rozległe i mocne, można przydatki z łatwością przyciągnać do otworu w sklepieniu i w sposób zwykły usunąć. Lecz gdy przydatki są umieszczone wysoko, gdy tylne sklepienie jest wypełnione zrostami, gdy zrosty są bardzo mocne, gdy wyosobnienie ropniaków ze zrostów nastręcza duże trudności, gdy ropniaki jajowodów pękają i z nich

obficie wypływa ropa, operacya bywa połączona z nadzwyczajnemi trudnościami, usunięcie chorych jajowodów może być wykonane niedokładnie, tak iż może zajść potrzeba do pozostawienia w miednicy większych lub mniejszych części ropniaków. Jeżeli przytem nie udaje się nałożyć na naczynia podwiązki, wypada pozostawić zaciskadła na parę dni w miednicy.

Dührssen radzi iść przez sklepienie przednie. Cięcie robi poprzeczne, odłuszcza pęcherz moczowy, przecina otrzewną, mocno ściąga powoli macicę aż do dna i, dotarłszy do przydatków, wyodrębnia je palcami i w zwykły sposób usuwa. Jeżeli nie może nałożyć podwiązek, pozostawia zaciskadła na stałe; niewygoda stąd płynąca jest dobrze znana.

W sposobie Le-Dentua i Pichevina prowadzi się cięcie pośrodkowe, podłużne, bardzo długie. Daje ono bardzo dobry dostęp do macicy; macicę wyłania się łatwiej, niż po cięciu poprzedniem. Lecz i w tym sposobie znajdujemy dużo stron niewygodnych, gdyż bardzo często przydatki mieszczą się głęboko w zatoce Douglasa, są tam bardzo mocno przytwierdzone, i jest niepodobna wydobyć je wtedy przez cięcie przednie na zewnątrz.

Dlatego też, na ogół biorąc — cięcie w tylnem sklepieniu jest o wiele dogodniejsze; cięcie sklepienia przedniego należy stosować wówczas, gdy po wycięciu chorych przydatków mamy zamiar wykonać przyszycie tyłozgiętej macicy do pochwy.

Operacye od strony pochwy nadają się do usuwania jednostronnych ropniaków jajowodów, które pozatem są zupełnie wolne. Lecz tego rodzaju przypadki są wyjątkowo rzadkie. W przypadkach zaś, w których przydatki są chore poważnie, gdzie jest wskazane dokładne i doszczętne ich usunięcie, tam prawie zawsze istnieją tęgie, rozległe zrosty z narządami sąsiednimi, szczególnie z odbytnicą i jelitem cienkiem. Jest wówczas wprost niepodobieństwem zdać sobie dokładnie sprawę z położenia, z tęgości zrostów inaczej, jak za pomocą bezpośredniego zbadania dotykiem i wzrokiem, a badanie takie jest zgoła niewykonalne przez otwór w pochwie. W niepewności, gdzie znajdujemy się, w niemożności wykonać należyte pociąganie z obawy rozdarcia kiszki, wyjmuje się ropniaki jajowodów kawałami, na ślepo, o wiele mniej dokładnie, niż za pomocą cięcia brzucha.

Z drugiej strony, o ile cierpienie jest obustronne, samo tylko wycięcie przydatków przez pochwę traci już racyę bytu, i należy wówczas dodać do tego i wycięcie macicy.

Wskazania zatem do pochwowego wycięcia przydatków macicy są wielce ograniczone, i pozostają tylko dla przypadków jednostronnego cierpienia jajowodów, gdy ropniaki są niezanadto powikłane, o czem zresztą przed otwarciem jamy otrzewnej trudno jest należycie wiedzieć. W razie niepewności — niewątpliwie bardziej odpowiednie jest cięcie brzucha.

Przechodzimy teraz do operowania ropniaków jajowodów od góry, od strony brzucha. W roku 1872 wykonał Lawson-Tait pierwszy wycięcie chorych jajowodów od strony brzucha, i podał wskazania do tej operacyi. We Francyi wykonywali ją pierwsi Terillon, Terrier, Bouilly, Pozzi, i od owego czasu była ta operacya wykonywana często. Lecz od chwili, jak Péan, Second i inni chirurgowie zaczęli twierdzić, że skoro uległy schorzeniu obustronne przydatki macicy, to należy również wraz z przydatkami usuwać i macicę, zostało samo tylko wycięcie przydatków powoli zastąpione przez wycięcie macicy razem z przydatkami od strony brzucha lub pochwy, i zdaje się, że z czasem straci owo wycinanie tylko przydatków zupełnie grunt pod nogami.

Zostaje atoli wycięcie samych tylko ropniaków jajowodów niezastąpione w przypadkach, w których uległ chorobie jeden tylko jajowód; w tego rodzaju przypadku niema żadnej zasady poświęcać macicy. Ponieważ przypadki takie przytrafiają się często, często więc zachodzi potrzeba wykonywać wycięcie przydatków drogą brzuszną.

Do tej operacyi, jak zresztą i do wszystkich innych w miednicy małej, dziś powszechnie z dużym pożytkiem bywa stosowane skośne położenie Trendelenburga. Atakować ropniaki jajowodu jest najlepiej od dołu. Dlatego też jest bardzo pożytecznie najpierw oddzielić je od macicy przy rogu tejże, odcinając je ku tyłowi od więzu obłego, i, odciągając następnie przydatki na zewnątrz i ku górze, wyosabniamy je, wprowadzając palce pod nie pomiędzy listki otrzewnowe więzu szerokiego, i w ten sposób znakomicie ułatwiamy sobie rękoczyn. Po wyosobnieniu wiszą przydatki ostatecznie już tylko na naczyniach jajnikowych, które podwiązujemy i odcinamy. Zaczy-

namy usuwanie od strony łatwiejszej, gdyż po tem, mając więcej wolnej przestrzeni w miednicy małej, łatwiej możemy w niej manipulować.

Śmiertelność po zwykłem wycięciu ropniaków jajowodów nie przekracza 5%. Co dzieje się z pozostałymi 95% kobiet zagojonych? Zazwyczaj wyniki są bardzo zadawalające. Prawie zawsze bóle znikają, lub są bardzo złagodzone. Bez wątpienia widuje się kobiety, które po operacyi cierpią w dalszym ciągu mniej lub bardziej; bez wątpienia, widuje się znów inne, u których zjawiają się rozmaite zaburzenia, spotykane po operacyach, kaleczących narządy płciowe, i uzależniane od braku czynności jajników, lecz są to zaburzenia na ogół lekkie i dobrotliwe w porównaniu z temi, jakie zmusiły kobietę poddać się operacyi. Z drugiej strony, najcięższy zarzut, robiony wycięciu przydatków, jest ten, że jakkolwiek jest ono często zabiegiem, prowadzącym do celu, to jednak czasami jest to operacya, po której pewna część operowanych kobiet w dalszym ciągu cierpi z powodu pozostawionej macicy, i naprzykład Richelot na 300 kobiet, którym dokonano wycięcia przydatków, był zmuszony wtórnie wykonać 53 razy wycięcie macicy od strony pochwy.

Wycięcie chorych przydatków nic nie wpływa na zapalenie macicy, jakkolwiek powoduje ono pewien zanik macicy. Odnośne badania wykazały, że w przypadkach ropniaków jajowodów macica prawie zawsze jest chorobowo zmieniona. Lecz zakażona macica i po wycięciu chorych jajowodów pozostaje zakażona, i kobiety mają w dalszym ciągu swe bóle, krwawienia, wypływy z części rodnych, nareszcie — wszystkie cierpienia, które towarzyszą zwykle zapaleniu macicy. Tedy bezpłodna macica pozostaje dla tej, co ją nosi, źródłem przeróżnych cierpień. Niezaprzeczenie, byłoby dla kobiety lepiej, gdyby macicy takiej nie miała; dlatego też jest lepiej wyciąć macicę odrazu, niż być zmuszonym wykonać to następnie wtórnie. Oto dlatego wycięcie samych tylko przydatków traci część zakresu, jaki kiedyś sobie zdobyło.

Całkowite trzebienie daje wyniki, jakich nie może dać samo wycięcie chorych przydatków, i wobec tego, nie będąc zabiegiem bardziej ciężkim, musi być uznane za zabieg doskonalszy. Faure sądzi, że o ile znajdujemy się wobec obu-

stronnego cierpienia przydatków, należy usunąć jednocześnie i przydatki, i macicę.

Co się tyczy sposobów, to istnieje ich kilka, i należy zastosować taki, jaki jest najbardziej przydatny do danego przypadku. Ogólnie należy powiedzieć, że tak samo macicę, jak i przydatki, należy atakować od dołu ku górze.

Wycięcie macicy niecałkowite, nadpochwowe, ma tę wyższość nad wycięciem całkowitem, że nie zachodzi wtedy potrzeba otwierania pochwy, która przecież prawie zawsze jest zakażona. Następnie zapobiega ta operacya bardziej od innych zranieniu moczowodów. Pozostająca szyja macicy zachowywa przyczepy więzów macicznokrzyżowych. Szyja macicy pozostaje zawieszona w pośrodku miednicy w położeniu prawidłowem, i równowaga statyki miednicy jest niezachwiana. To samo ze statyką pęcherza moczowego. Nareszcie pozostawia ona pochwie kształt naturalny, i nie kończy się pochwa tkanką bliznową, bolesną i łatwo pękającą.

Lecz największą zaletą odcięcia nadpochwowego jest łatwość wykonania tego zabiegu w porównaniu z wycięciem całkowitem, wreszcie łatwiej jest tu radzić sobie z krwawieniem. Wycięcie całkowite macicy musi być zatem zachowane dla rzadkich przypadków, mianowicie dla takich, gdzie sama szyja macicy jest mocno chora, lub wzbudza podejrzenie co do zwyrodnienia złośliwego.

Istnieją 4 sposoby odcięcia nadpochwowego macicy: wycięcie macicy przez odcięcie szyi — sposób Faure'a; wycięcie cięciem ciągłem od jednego więzu lejkowomiedniczego poprzez macicę ku drugiemu — zabieg amerykański Howarda Kellyego; wycięcie macicy i przydatków, zaczynające się od odcięcia nadpochwowego macicy — sposób Terriera, i wycięcie macicy za pomocą przepołowienia — sposób Faure'a. Sposoby te są powszechnie znane i znajdują zastosowanie w zależności od stopnia trudności, jakie nastręcza dany przypadek.

Co się tyczy współczesnego z wycięciem ropniaków jajowodów i całkowitego wycięcia macicy, to o wskazaniach do niej była mowa wyżej. Faure sądzi, że nie jest ta operacya potrzebna częściej, niż w 2—3% chorych kobiet. Sposoby całkowitego wycięcia macicy są o tyle znane, że uznaję za zbyteczne tu je wyszczególniać.

Co się tyczy wreszcie wycinania macicy wraz z chorymi przydatkami od strony pochwy, to w roku 1890 przedstawił Pean na Zjeździe w Berlinie i w Akademii lekarskiej tę operacyę, którą on wykonywał metodycznie od roku 1887. Twierdził on wówczas, że najlepszy sposób wyleczenia ropienia w jajowodach polega na wycięciu macicy od strony pochwy wraz z chorymi przydatkami.

Operacyę tę zaczął następnie gorąco popierać Second, którego przykład i argumenty, przytoczone na kongresie w Brukselli w roku 1892, zdobyły jej dużą liczbę chirurgów, następnie przyjęła się ona i zagranicą, i jakiś czas była bardzo gorąco propagowana. Z czasem jednak wycinanie macicy z przydatkami od strony brzucha zaczęło panować wszechwładnie, i dziś wycinanie od strony pochwy stosuje się już tylko czasami. Mianowicie, gdy zmiany zapalne są bardzo znaczne, gdy jajowody w zatoce Douglasa mocno pozrastały się z otoczeniem, tak, iż wyłonienie ich od góry byłoby wprost niewykonalne, wtedy wycięcie macicy od strony pochwy może pozwolić dotrzeć do nich, otworzyć i opróżnić je i dobrze ku dołowi przesączkować.

Wspomnimy tu jeszcze o niektórych szczegółach i powikłaniach w przebiegu wycinania ropniakowych jajowodów od strony brzucha.

Więc najpierw, czy należy przed wyłuszczeniem nakłuwać ropniaki jajowodów? Na ogół należy odpowiedzieć, że nakłuwać nie należy, gdyż właśnie winniśmy dołożyć wszelkich starań, by nie zetknąć zawartości ropniaka z otrzewną, co staje się prawie niemożebne po nakłuciu ropniaka. Jeżeli torba ropniaka w przebiegu operacyi pękła, należy jaknajstaranniej wybrać ropę muślinem, zmienić warstwy gazy zabezpieczającej, lecz żadną miarą nie należy ropy wypłukiwać, wypłukiwanie bowiem jaknajbardziej sprzyja rozniesieniu zakażenia, i jest obecnie powszechnie zarzucone. W tym samym celu stosujemy obecnie do osłonięcia pola operacyjnego serwet suchych lub gazy suchej, gdyż serwety i gaza wilgotna o wiele łatwiej od suchej roznoszą zakażenie po otrzewnej.

Rozdarcie kiszki w czasie oddzielania ropniaka jajowodu wcale nie jest tak straszne, jak można by się obawiać. O ile zostało ono spostrzeżone, należy otwór natychmiast zaszyć

w zwykły sposób; gdy udało się nałożyć szwy dokładnie, nie widuje się następstw niepożądanych. W razie, gdy rozdarcie zostało przeoczone, lub gdy nie udało się zaszyć otworu, lub gdy wreszcie — szew puścił, wówczas powstaje przetoka. O ile mieści się ona w kiszce grubej, zwykle zamyka się samoistnie mniej lub bardziej prędko; o ile nie zamyka się, może zajść potrzeba — uciec się do ciężkiego zabiegu zamknięcie przetoki, jak to opisuje w swojej wyżej podanej rozprawie J. Czarkowski.

Otworzenie pęcherza moczowego na ogół przytrafia się rzadko; otwór natychmiast starannie zamykamy szwami.

Pozostaje poruszyć ostatni szczegół operacyi, mianowicie— czy po operacyi należy sączkować miednicę małą.

Sprawa sączkowania miednicy małej po operacyach, w niej wykonywanych, przechodziła rozmaite koleje. Jeszcze nie tak dawne czasy, kiedy sączkowanie to było stosowane nadzwyczaj szeroko, niemal po każdej cokolwiek bardziej rozległej operacyi w miednicy małej. Od pewnego czasu zapanowała w tym kierunku zupełna reakcya, i w ginekologii zaniechano sączkowania brzucha, wzgl. — miednicy małej, wychodząc z założenia, że sączkowanie to, wobec szybkiego obrastania zrostami substancyi, użytych do sączkowania, nie posiada wartości realnej.

Sprawa ta wszakże nie może być rozstrzygnięta tak jednostronnie, gdyż i operacye, wykonywane z powodu ropniaków jajowodów, przedstawiają się nader rozmaicie. Dadzą się one poniekąd podzielić na 2 grupy. Jedne dotyczą przypadków ropniaków wcale lub mało powikłanych, gdzie udało się usunąć ropniaki, jak czyste torbiele jajnikowe, gdzie więc w końcu operacyi miednica mała jest czysta, niema w niej ani ropy, ani pozostającego krwawienia, gdzie przydatki wcale nie uległy rozdarciu, tak iż operacya mogła odbyć się aseptycznie; w takich przypadkach należy całkowicie zamknąć jamę otrzewnej.

W innych przypadkach natomiast po usunięciu chorych części narządów płciowych obawiamy się zakażenia, gdyż w głębi miednicy małej pozostały kawały ściany ropniaka, których żadną miarą nie udało się usunąć, gdyż otrzewna w miednicy małej jest poszarpana, pokryta strzępami zrostów, nasiąkłych cuchnącą posoką, gdyż nie udało się całkowicie dokonać peritonizacyi miednicy małej, gdyż wreszcie mieliśmy

w przebiegu operacyi rozległe zranienie kiszki lub pęcherza moczowego. W takich przypadkach sączkować należy, i mianowicie—wypełniając małą miednicę workiem Mikulicza, mocno wypchanym pasami suchego muślinu wyjałowionego. Właściwiej wszakże jest nazwać tego rodzaju postępowanie nie „sączkowaniem miednicy małej", lecz raczej „odosobnieniem miednicy małej", gdyż mniej tu chodzi o odprowadzanie na zewnątrz wydzieliny rany, niż o to, by za pomocą grubej warstwy suchego, licho wsiąkającego materyału oddzielić zakażoną jamę rany od zetknięcia się z niezakażonemi jelitami, by dać możność wytworzyć się okleinom, które po usunięciu gazy zabezpieczą jamę otrzewnej od szerzenia się do niej zakażenia. Worek usuwamy nieco prędzej, lub później, w zależności od warunków danego przypadku. Sączkowanie miednicy małej od strony pochwy uważam za mniej odpowiadające celowi.

Wnioski moje w sprawie leczenia ropniaków jajowodów są następujące:

1. W dość znacznej części ropniaków jajowodów ropa zawiera żywe i zdolne do rozwoju drobnoustroje.

2. W dzisiejszym stanie nauki o ropniakach jajowodów zamało nagromadzono danych, na mocy których było-by możebne odróżniać od siebie postacie ropniaków, powstałych na tle rozmaitego zakażenia.

3. Nie mamy możności przewidzieć, ani sposobów zapobiedz samoistnemu przedziurawieniu się ropniaka jajowodów do wolnej jamy otrzewnej.

4. Samoistne, tak zwane względne, zagojenie się ropniaka jajowodów jest zjawiskiem nie częstem. Dziś nie wiemy, jakie postacie ropniaków jajowodów odznaczają się większą, względnie — mniejszą zdolnością do samoistnego wygojenia się.

5. Otworzenie się ropniaka jajowodów do kiszki, pęcherza moczowego, i t. d. bardzo rzadko prowadzi do zagojenia się.

6. Powikłania ropniaków jajowodów — samoistne pęknięcie ropniaka jajowodu do otrzewnej, zawęźlenie się ropniaka wymagają natychmiastowej operacyi.

7. W przypadkach ropniaków jajowodów o przebiegu przewlekłym jest wskazane na początku leczenie zachowawcze,

gdy ono zawodzi, szczególnie u kobiet z warstw pracujących, należy leczyć je na drodze operacyjnej.

W większości przypadków ropniaków jajowodów macica oraz jajniki znajdują się również w stanie chorobowym.

9. Do usunięcia chorych ropniaków jajowodów najbardziej nadaje się cięcie od strony brzucha.

10. Wrazie jednostronnego ropniaka jajowodu ograniczamy się do wycięcia tegoż; w razie ropniaków obustronnych wycinamy razem z nimi macicę, najlepiej nadpochwowo. Cięcie od strony pochwy nadaje się do wyjątkowych przypadków.

11. Ropę z jamy miednicy małej należy wybierać suchą gazą, nigdy nie należy wymywać.

12. W przypadkach ropniaków powikłanych należy odgraniczać jamę miednicy małej od jamy brzucha workiem Mikulicza, włożonym od strony brzucha.

13. Przetoki ropniakowokiszkowe, ropniakowopęcherzowe i t. d. nie stanowią przeciwwskazania do wykonania operacyi.

14. Gruźlicę jajowodów u młodych dziewczynek należy na razie leczyć zachowawczo, u kobiet w wieku powyżej lat 30— operacyjnie.

PIŚMIENNICTWO [1]).

Abadie. Des avantages d'hemisection utérin dans l'hysterectomie abdominale pour annéxite bilatérale. V Congrés international d'obstetrique et de gynecol. Travaux du Congres II vol. 1911. Str. 608.

Beuttner. V Congrés international d'obstétrique et de gynecologie, travaux du congrés, II vol. 1911. Str. 605.

Cathelin. La torsion des hydrosalpinx, Rev. de Chir. 1901, fév.

Cohn. Pokaz dwustronnych przydatków — pyosalpinx i pyovarium. Czas. Lek. 1908.

Czarkowski J. Leczenie chirurgiczne ropniaków jajowodów, powikłanych przetokami do kiszek i pęcherza moczowego, lub zwężeniem kiszek. Przegl. Chir. i Gin. T. VI. Z. II.

[1]) Rozprawy i pokazy autorów polskich są uwzględnione za ostatnie 15 lat.

Czyżewicz (jun) Pokaz ropniaka jajnika prawego. Tyg. Lek. 1909.
Dobrowolski St. O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych. Przegl. Lek. 1902 №№ 2, 3, 4.
Döderlein-Krönig. Operative Gynäkologie 1907.
Falgowski. Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy. Przegl. Chir. i Ginek. T. II. Z. I.
Faure et Siredey. Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1911.
Gonsolin. Contribution à l'étude des péritonites généralisées par rupture des pyosalpinx. 1908. Lyon.
Holzbach. Zentralblatt für Gynäkologie 1911 № 1.
Jaworski J. O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Gaz. Lek. 1908.
Jaworski J. Gazeta Lek. 1912 №№ 7 i 8.
Karczewski Ad. Wycięcie wyrostka oraz obu jajowodów. Spraw. z pos. ginek. W. T. L. 1908. 30. I.
Lorentowicz. Macica, wycięta z powodu sactosalpinx bilateralis. Przegl. Chir. i Gin. T. III. Z. III.
Łuniewski K. Poglądy na obecny stan nauki o gruźlicy narządów rodnych kobiecych. Now. Lek. 1904.
Mars A. O leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy. Tyg. Lek. Lw. 1908.
Martin A. Die Krankheiten der Eileiter. 1895.
Monsiorski. Pokaz preparatów od chorej, cierpiącej na rzeżączkę przydatków i otrzewnej.
Mourlhon. Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, thèse, Paris, 1904.
Natanson An. Przedstawienie preparatu pyosalpingis. Przegl. Chir. i Ginek. T. V. Z. I.
Raczyński. Gruźlica kobiecych narządów płciowych. Przegl. Lek. 1905 №№ 15, 16.
Rosner. Przedstawienie macicy z guzami ropnymi trąbkowymi. Przegl. Lek. 1902.
Saks. Obustronny pyosalpinx. Czas. Lek. 1903 № 2.
Sołowij. Przypadek pyosalpingis. Przegl. Lek. 1899 № 16.
Sołowij Przypadek ropnia jajnikowotrąbkowego. Przegl. Lek. № 16 1899.
Stankiewicz Cz. Przedstawienie preparatów anatomicznych makro i mikroskopowych narządów rodnych, dotkniętych gruźlicą. Pam. Tow. L. W. r. 1902.
Stankiewicz Cz. Pyosalpinx duplex. Czas. Lek. 1900 №№ 4, 8.
Stępkowski Fr. O doszczętnem leczeniu schorzałych przydatków macicy, skutki trzebienia. Gaz. Lek. 1898 №№ 28, 30, 31.
Świtalski. Przypadek zmian gruźliczych w częściach dodatkowych macicy. Roczn. Tow. Gin. Krak. 1897.
Veit. Handbuch der Gynäkologie. T. V. 1910.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Zawęźlenie sieci dużej

opracował

B. CEGŁOWSKI

(podług przemówienia na posiedzeniu chirurgicznem Tow. Lek. Warsz. d. 11 kwietnia 1912 r.).

Sz. Pp.!

Najczęstszy temat naszych posiedzeń chirurgicznych stanowią schorzenia narządów jamy brzusznej, będącej nigdy nie wyczerpanem źródłem ożywionych rozpraw; ponieważ jednak na posiedzeniach tych bardzo rzadko były poruszane sprawy chorobowe sieci, przeto pozwolę sobie poruszyć dziś nader interesującą i praktycznie dużej doniosłości, a tak mało znaną u nas sprawę cierpienia sieci, polegającego na skręceniu się, czyli zawęźleniu tegoż narządu.

Zawęźlenie sieci, podobnie jak wiele innych schorzeń, nieposiadających wystarczająco właściwych sobie cech klinicznych, na podstawie których z całą pewnością można było by je rozpoznawać, należy do chorób względnie rzadko przytrafiających się, i rozpoznawanych przeważnie dopiero na stole operacyjnym, a jednak odpowiednio dokładne badanie chorego, oraz należyta znajomość samej sprawy chorobowej dają niekiedy wyniki o tyle dokładne, że, jak tego dowodzą przypadki Rudolfa, Lejarsa, Litthauera i Cernessiego, rozpoznanie może znacznie poprzedzić moment operacyjny.

Pod zawęźleniem sieci rozumie się całkowite lub częściowe skręcenie się tego narządu około podłużnej osi. Po raz pierwszy opisanie podobnego przypadku znajdujemy w r. 1882, podane przez Obersta; po 15 latach Rudolf zebrał już 24 przypadki; w 1905

Vick ogłosił statystykę 29 przypadków zawężlenia sieci; nieco później, a mianowicie w 1907 Lejars posiadał statystykę zebranych 66 przypadków; największą wszakże statystyką może pochwalić się Hodela, asystent Gottsteina z Wrocławia, który przytacza 92 zebrane przypadki, wśród których znajduje się jeden, spostrzegany osobiście przez Hodelę.

Co zaś tyczy się przypadków, zanotowanych w polskiem piśmiennictwie, to w dostępnym mi materyale znalazłem tylko nader krótką wzmiankę, podaną przez Dr. Barącza ze Lwowa w 1899 r.; ten ostatni przypadek, prawdopodobnie, był również rozpoznany dopiero podczas operacyi, ponieważ Dr. Barącz opisuje na posiedzeniu lekarskiem wygląd skręconej sieci. Zaznaczył on, że guz ten, będąc mocno obrzęknięty, przypominał wyglądem swoim nowotwór złośliwy, który jako taki był usunięty za pomocą operacyi.

Niektórzy autorowie, jak Payr, Rudolf i wielu innych, zastanawiając się nad przyczyną i warunkami, powodującymi zawężlenie sieci, przyszli do przekonania, że istotnymi motywami zawężlenia sieci są bryłkowate zgrubienia tego narządu oraz, co jest rzeczą najważniejszą, utworzenie się szypuły, dokoła której powstaje całkowite lub częściowe skręcenie się narządu.

Twierdzenie swoje opierali oni na stwierdzeniu wyżej wspomnianych zmian sieci dużej prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach, w każdym z nich spostrzegano, że objawy zastoinowe, wywołane zgrubieniem części sieci, powodują wzmożenie ciśnienia krwi w żyłach, znajdujących się w uszypulonej części. Wynikiem zaś tego wzmożenia się ciśnienia wśródżylnego jest to, że żyły, jak tego dowodzą niżej podane doświadczenia fizykalne, skręcają się dokoła przebiegających razem z niemi tętnic, a przez to samo przyczyniają się jednocześnie do zawężlenia szypuły sieci.

Dla poparcia swego twierdzenia Payr postanowił wykonać doświadczalnie zawężlenie sieci. W tym celu Payr wszywał do sieci magneziowe kulki, dzięki którym udało mu się po niejakim czasie otrzymać pewną liczbę pęcherzyków; niektóre z nich były uszypulone; a wśród tych ostatnich Payr znajdował zawężlenie szypuły.

Drugie, czysto fizykalne, a zarazem bardziej przekonywa-

jące doświadczenie, mogące wyraźniej zobrazować powody zawęźlenia szypuły, Payr wykonał w sposób następujący: W tym celu Payr przywiązywał gumową rurkę do równolegle przebiegającego z nią grubego sznurka, poczem napełniał rurkę wodą, coraz zwiększając ciśnienie w tejże. Z początku rurka wydłużała się; zwiększający się jednak napór wody zaczął ją wyginać najpierw pałąkowato, wkrótce zaś rurka skręciła się dokoła sznurka, niby dokoła swej podłużnej osi.

Jeżeli teraz to samo doświadczenie wykonamy w nieco odmiennych warunkach, a mianowicie — weźmiemy dwie rurki gumowe, połączone rurką szklaną, z których to rurek gumowych jedna będzie o grubszych ścianach wyobrażać tętnicę, a druga o cieńszych, i tę ostatnią w końcu zawiążemy, to przy napełnianiu tego systemu rurek wodą o wzrastającem napięciu otrzymamy podobnie, jak w pierwszem doświadczeniu, skręcenie się cienkiej rurki gumowej dokoła grubościennej.

Rurki o grubszych ścianach w doświadczeniu Payra naśladować mają tętnice, cienkościenne zaś żyły, które dzięki objawom zastoinowym w zgrubiałej a zarazem uszypulonej części sieci dużej zakręcają się dokoła tętnicy, pociągając za sobą zawęźlenie szypuły sieci.

Te teoretyczne doświadczenia Payr postanowił przerobić na zwierzętach, i w tym celu 4 psom i 4 kotom po dokonaniu cięcia brzucha już to zeszywał w jeden kłąb sieć dużą, już to wszywał w tę sieć nerkę, użytą od tego samego zwierzęcia; tym sposobem Payr otrzymywał kłębowate zgrubienie sieci o pewnej rozumie się szypule. Następnie Payr, w celu wywołania sztucznego obrazu zastoinowego, podwiązywał w szypule jedną lub dwie żyły, poczem w ten sposób zmienioną sieć wpuszczał do jamy brzusznej.

I oto na ośm doświadczalnych przypadków na zwierzętach w 4 Payr otrzymał zawęźlenie sieci ze wszystkiemi charakterystycznemi cechami, spostrzeganemi w podobnem cierpieniu u człowieka.

Takie same wyniki osiągnął Litthauer, który, chcąc sprawdzić otrzymane przez Payra fakty, wykonał doświadczenia na 3 psach, trzymając się ściśle planu Payra, oraz na 3 innych psach, u których wcale nie podwiązywał żył, przebiegających

w szypule. Jako wynik swojej pracy otrzymał on w 2-ch przypadkach skręcenie szypuły nietylko po 360°, ale nawet w jednym z nich dwa razy po 360°, a co jest jeszcze bardziej interesujące w doświadczeniach Litthauera, to to, że jeden z tych 2-ch przypadków zawęźlenia szypuły dotyczy psa, u którego nie były podwiązywane naczynia żylne w utworzonej szypule.

Po owocnych doświadczeniach fizykalnych nad mechanizmem skręcania się szypuły sieci, oraz po dodatniem sprawdzeniu tych wyników na zwierzętach pozostało jednak uzupełnić te doświadczenia jeszcze jednym nader ważnym momentem, jakim jest obecność przepukliny, która, na co zgadzają się wszyscy autorowie, nie tylko wpływa na wytworzenie się kłębiastego zgrubienia sieci z zastoinowymi objawami w szypule, ale, co jest rzeczą najważniejszą, prawie we wszystkich przypadkach powoduje zawęźlenie w mowie będącego narządu; prócz tego obecność przepukliny stwarza jeszcze jeden punkt stały, dzięki któremu bodźce, wywołujące zawęźlenie sieci, mają znacznie ułatwione zadanie.

Otóż Litthauer, chcąc przy pomocy sztucznie wytworzonej przepukliny do pewnego stopnia naśladować u zwierząt, użytych do doświadczeń, ten punkt stały, postępował w sposób następujący:

Po dokonaniu cięcia brzucha Litthauer wytwarzał szypułę, przyczem dużą sieć paroma nitkami zwężał w kształcie guzowatego tworu, kończącego się stożkiem, długości około 6 cm.; później Litthauer pomiędzy powięzią i mięśniem prostym w lewej wardze rany wytwarzał pustą przestrzeń, do której za pomocą ostrego narzędzia, drążącego od strony wytworzonej pustej przestrzeni do jamy brzusznej, wciągał koniec zwężonej sieci, następnie jednym szwem przymocowywał ten koniec sieci do otrzewnej, drugim zaś szwem do mięśni brzucha. Po umocowaniu sieci Litthauer zeszywał powięź z mięśniami, zamykając w ten sposób wyżej wymienioną przestrzeń. Tutaj muszę dodać, że na 6 wykonanych tym sposobem doświadczeń Litthauer tylko w 2 przypadkach podwiązywał żyłę w części sieci, umieszczonej w sztucznie wytworzonej przestrzeni. Po kilku, a w jednym przypadku po kilkunastu dniach zwierzęta były zabijane przy pomocy eteru, a wyniki dokonanych oględzin pośmiertnych były takie, że na 4 przypadki, w których żyły nie były podwiązywane, Litthauer trzy

razy widział zawęźlenie, przyczem w jednym przypadku miał on do czynienia z podwójnem skręceniem sieci: części, wiszącej na żołądku, oraz części, znajdującej się w sztucznej przepuklinie; w drugim przypadku Litthauer otrzymał skręcenie szypuły od strony żołądka; w trzecim — tylko skręcenie części sieci, znajdującej się w „przepuklinie".

Zanim przystąpię do etiologii oraz wyszczególnienia cech klinicznych, towarzyszących zawęźleniu sieci u człowieka, cech — które dają możność rozpoznania tego cierpienia, a co za tem idzie — i zastosowania odpowiedniego leczenia, pozwolę sobie przytoczyć historyę choroby przypadku zawęźlenia sieci, spostrzeganego przez Dr. Hodelę. 27 letni mężczyzna, będąc naogół zdrów, już w młodości zauważył, że prawe jego jądro w stosunku do lewego leży daleko wyżej i tylko nieznaczną swoją cząstką znajduje się w mosznie; innych chorób, prócz wiewióra, nie przechodził.

Przed 14 dniami chory w czasie kłótni został kopnięty w dół brzucha w okolicę pachwin, poczem w ciągu paru godzin odczuwał ból w prawej połowie brzucha; zatrzymania wiatrów i stolca nie było; następnego dnia chory udał się do pracy.

Po 10 dniach od wypadku nastąpiły silne bóle w prawem jądrze, które jakoby miało opuścić się do moszny, skóra prawej połowy moszny zaczerwieniła się, wypróżnienia, wiatry, oraz oddawanie moczu narazie prawidłowe; po dwóch dniach do bólów w jądrze przyłączyły się mocne bóle w prawej połowie brzucha, zjawiły się wymioty, oraz gorączka.

Zawezwany lekarz rozpoznał ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, przepisał opium, oraz zalecił natychmiastową operacyę. Stan chorego, dostarczonego do szpitala, przedstawiał się w sposób następujący:

Chory dobrze zbudowany i odżywiany, działalność serca przyspieszona; płuca zdrowe; w osadzie moczu czerwone oraz białe ciałka krwi i wałki szkliste; leukocytoza 8.200; ciepłota 38.3; tętno 130. Co się tyczy brzucha, to był on mocno napięty; z wyjątkiem jednego miejsca na prawej stronie i nieco niżej pępka, gdzie stwierdzono stłumienie odgłosu opukowego, wszędzie słychać odgłos bębnisty. Na miejscu stłumienia mniej więcej w punkcie Mac-Burneya znajduje się wybitna bolesność

przy ucisku na powłoki brzuszne; prawy mięsień prosty bardziej napięty, niż lewy. W mosznie doskonale wyczuwa się lewe jądro; w prawej połowie moszny stwierdzono obecność miękkiego guza wielkości gęsiego jaja, od tego guza ciągnie się w kierunku kanału pachwinowego pasmo grubości 3 poprzecznych palców, bolesne na ucisk.

Na podstawie wyżej wymienionych objawów rozpoznawano uwięzioną przepuklinę, wobec czego wykonana została operacya. Po otwarciu mocno zgrubiałego worka przepuklinowego znaleziono zarówno w nim, jako też w kanale pachwinowym mocno zmienioną, prawie uległą zgorzeli sieć o zabarwieniu czarnosinem, prócz tego stwierdzono w worku obecność mętnego, krwawego płynu. Okolice kanału pachwinowego były mocno obrzęknięte, nacieczone, same zaś wrota przepuklinowe znajdowały się dość wysoko. Wobec tego przedłużono cięcie do wysokości kolca biodrowego prawego górnego; wtedy wylało się z jamy brzusznej dużo mętnej i krwawej cieczy. Sama zaś sieć na wysokości poprzecznicy dawała obraz tych samych zmian, co i sieć w worku przepuklinowym, przytem tuż przy poprzecznicy sieć była skręcona dwa razy po 360°.

Naczynia sieci znaleziono zatkane zakrzepami. Na powierzchni ślepej kiszki widać było złogi włóknika, sam zaś wyrostek był zdrów zupełnie, prawego jądra nie znaleziono. Po odcięciu zawęźlonej części sieci do jamy brzusznej włożono sączek gumowy, owinięty w gazę wioformową, poczem ranę brzucha zaszyto.

Usunięta część sieci była dwukrotnie skręcona dokoła swojej osi; podczas kiedy górna część sieci posiadała szypułę grubości 2 poprzecznych palców, to dolna część sieci miała kształt kłębkowatego zgrubienia wielkości pięści. Ta ostatnia część sieci zawierała znaczną ilość krwawych zawałów, które stopniowo ginęły, idąc ku górze skręconej sieci, gdzie znaleziono tylko nieznaczne wybroczyny krwawe. Co zaś się tyczy histologii samego preparatu, to w naczyniach jego znaleziono zastoinę wysokiego stopnia; miejscami spostrzegano wyżej wymienione zakrzepy; w tkance zaś tłuszczowej można było stwierdzić obecność licznych i znacznych świeżych wynaczynień.

Badając powody powstania zawęźlenia sieci we wszystkich

dotąd ogłoszonych przypadkach, Hodela przyszedł do przekonania, że w większości przypadków początek tego cierpienia był zależny od nadmiernego wysiłku fizycznego, — w pojedyńczych zaś przypadkach choroba miała bezpośredni związek z urazem brzucha; przy tem objawy chorobowe występowały bądź bezpośrednio po urazie, bądź też całe godziny a nawet dni dzieliły go od wybuchu objawów chorobowych; dowodem może służyć wyżej przytoczony przypadek, dla czego jednak w tym razie nagłe objawy cierpienia zjawiły się dopiero po 10 dniach od chwili urazu, możemy sobie to w ten sposób tłómaczyć, że uraz wywołał przekrwienie znajdującej się w worku przepuklinowym części sieci, a co zatem idzie — spowodował zwiększenie się objętości tejże.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ten fakt, że każdemu uderzeniu w brzuch towarzyszy odruchowy skurcz mięśni, powodujący nagłe wzmożenie się wewnątrzbrzusznego ciśnienia, to staje się dla nas dostatecznie jasną przyczyna zawęźlenia zniekształconej sieci.

Co zaś się tyczy zjawienia się groźnych objawów chorobowych w wyżej przytoczonym przypadku dopiero po 10 dniach od urazu, to możemy przypuszczać ten powód, że najprzód mieliśmy do czynienia z niecałkowitem skręceniem, które dopiero po paru dniach stało się zupełnem. O podobnem, nieraptownem powstaniu zawęźlenia sieci wspomina też Riedel, który spostrzegał 2 takie przypadki.

Charakterystycznym momentem, jaki spotykamy w wywiadach prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach, jest raptowny początek choroby. Wprawdzie tacy pacyenci już od dłuższego czasu uskarżają się na dolegliwości w brzuchu, jak naprzykład na boleści w żołądku, na napady kolki, na zatwardzenia, na niemiłe uczucie w dole brzucha, albo też na uczucie obcego ciała w jamie brzusznej. W jednym zaś przypadku, spostrzeganym przez Seefischa, bóle umiejscowiały się w krzyżu, przyczem promieniowały one w kierunku pęcherza moczowego, w większości zaś przypadków pacyenci uważali przepuklinę za powód napadu gwałtownych bólów.

Czy te objawy przewlekłe miały miejsce w zaobserwowanych przypadkach, czy też ich nie było zupełnie, to jednak sama istota choroby prawie zawsze polegała na objawach ostre-

go podrażnienia otrzewnej; jednak są (wprawdzie) znane przypadki o zupełnie przewlekłym przebiegu tego cierpienia, jak np. opisany przez Trenklera przypadek wielokrotnego zawęźlenia całej dużej sieci bez wystąpienia ostrych objawów, albo też przypadkowe znalezienie przez Trémrabsèna na autopsii zmarłego na raka odźwiernika skręconej w kształcie pasma zanikłej sieci, ale są to tylko odosobnione przypadki z liczby spostrzeganych o ostrym przebiegu cierpień, którym towarzyszyły stale mocne bóle, umiejscowione niekiedy po jednej stronie brzucha. Podczas kiedy ogólne dane z wywiadów prawie niczem nie różnią się wogóle od wywiadów w cierpieniach wewnątrzotrzewnowych, to jednak w zawęźleniu sieci chorzy daleko rzadziej wskazują na wymioty, które stale mamy w innych schorzeniach otrzewnej.

Co się tyczy wypróżnień oraz oddawania wiatrów, to w większości przypadków są one prawidłowe, co jest rzecz prosta zrozumiałe, ponieważ cierpieniu głównie podlega sieć, jelita zaś tylko wtórnie mogą być wciągnięte w sprawę chorobową, a mianowicie — kiedy występuje porażenie ruchu kiszek wskutek mniej lub bardziej rozległego podrażnienia otrzewnej. Na 94 zebrane przez Hodelę przypadki w 42 nie znalazł on żadnych danych, tyczących się wypróżnień, w pozostałych 52 przypadkach — 37 pacyentów miało wypróżnienia prawidłowe, u 5 pacyentów były one zatrzymane, wiatry jednak odchodziły; u 7 chorych było całkowite zatrzymanie wiatrów oraz wypróżnień; w jednym przypadku skontrolowanie tych czynności było niemożliwe, ponieważ pacyent po paru godzinach od chwili zachorowania był operowany; w jednym przypadku stwierdzono biegunkę; jeszcze w jednym zaś przypadku przewlekłego zawęźlenia sieci była biegunka naprzemian z zatwardzeniem. Jak to już wyżej było wspomniane, w większości przypadków sami pacyenci wymieniali w czasie wywiadów, że już od dłuższego czasu cierpią na przepuklinę, albo też na nią wcześniej cierpieli.

W przeważającej zaś liczbie przypadków, a mianowicie w 68 na 94 lekarz dowiadywał się od chorych, że owa przepuklina na krótko przed albo też zaraz po rozpoczęciu się choroby stawała się bolesną, lub nie dającą się odprowadzić; w pozostałych przypadkach cierpienie występowało niebawem

po odprowadzeniu przepukliny, wykonanem z dużą trudnością, jakkolwiek do tego czasu dawała się ona łatwo odprowadzić.

Ciepłota ciała w niektórych razach jest zupełnie prawidłowa, częściej zaś bywa umiarkowanie podniesiona i waha się pomiędzy 37° — 38°; jednak już notowano także zwiększenie się ciepłoty do 39°. Stosownie do ciepłoty zachowuje się tętno, które tylko dość rzadko przekracza 120 uderzeń na minutę.

Objawy brzuszne w ścisłem znaczeniu tego słowa polegają przedewszystkiem: na lekkiem napięciu brzucha, niekiedy występującem na jednej stronie tegoż; następnie zwraca na siebie uwagę prawie u wszystkich chorych bolesność na ucisk, która często bywa rozlana, częściej jednak, podobnie jak i napięcie brzucha, bywa ograniczona. Rozumie się, że podobna bolesność na ucisk mogłaby tylko wskazywać na istniejącą i niedającą się odprowadzić przepuklinę.

Szczegółowe atoli badanie przepukliny pozwala wyczuć w niej mniej lub więcej grube, a zarazem bolesne pasmo, idące w kierunku zewnętrznego otworu wrót, które ginie w jamie brzusznej; opukiwanie przepukliny daje objawy zupełnego stłumienia odgłosu opukowego. Tuż nad więzem Pouparta, a niekiedy jeszcze wyżej, jak np. w przypadku Smytha w okolicy pępka, lub w przypadku Eiselsberga i Riedla — w okolicy podżebrza, znajdowano stłumienie, na wysokości którego bądź istniało bolesne napięcie powłok brzusznych, bądź to można było wyczuć guz o wyraźnych, a zarazem nierównych granicach; rozumie się, że u chorych z mocno rozwiniętą tkanką tłuszczową wyżej przytoczone dane przedstawiały się mniej wyraźnie. Według Lejarsa, guz ten daje przesuwać się na bok; powierzchnia jego, będąc nierównomiernie guzikowata, po większej części znajduje się tuż pod powłokami jamy brzusznej i w większości przypadków za pomocą pasma łączy się z guzem przepukliny, który przedstawia te same, co i guz brzucha, cechy fizyczne.

Tutaj jednak należy zaznaczyć, że wyżej wymieniona charakterystyka guza oraz obmacywanie brzucha są niekiedy bardzo utrudnione, a nawet wprost dla lekarza niedostępne, a to ze względu na wybitną bolesność przy ucisku na brzuch, lub też z powodu mocnego napięcia powłok brzusznych, wywołanego ropnem zapaleniem otrzewnej. Co się tyczy wyczuwanego

pasma, łączącego guz brzucha z przepukliną — to możemy wyczuwać je tylko w razie niedającej się odprowadzić przepukliny, i nie znajdujemy go w tych przypadkach, kiedy worek przepukliny jest pusty albo też, co jest jasne, kiedy przepukliny niema zupełnie, jak np. w przypadku Balduina.

Przechodząc do odróżnienia cierpienia zawęźlenia sieci od innych jemu podobnych spraw chorobowych będziemy trzymali się podziału, podanego przez Lejarsa, który odróżnia:

1) zawęźlenie sieci wobec niedającej się odprowadzić przepukliny;

2) zawęźlenie sieci w przypadku pustego worka przepuklinowego;

3) zawęźlenie sieci bez jakiejkolwiek przepukliny.

Co się tyczy pierwszej odmiany, to stosownie do podanego wyżej opisu guza brzucha, łączącego się za pomocą pasma z zawartością nagle uwięzionej przepukliny, rozpoznanie zawęźlenia sieci nie nastręcza żadnych trudności; 2) daleko trudniejsze jest rozpoznanie zawęźlenia sieci, kiedy przepuklina daje się odprowadzić, albo kiedy jej niema zupełnie; w pierwszym przypadku przedewszystkiem lekarz pomyśli raczej, że w danym przypadku miało miejsce odprowadzenie masowe (reposition en bloc), niż o zawęźleniu sieci; rozumie się, że w drugim przypadku zrobienie właściwego rozpoznania jeszcze jest trudniejsze. Wtedy najczęściej rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego, ograniczonem zapaleniem otrzewnej i ropniem międzykiszkowym, ponieważ odpowiadają tym cierpieniom nagły początek choroby, gorączka, bolesność przy nacisku, czasem wymioty, zatrzymanie się wypróżnień, przytrafiające się wprawdzie rzadko, dalej odpowiada mu jeszcze — ograniczone napięcie powłok brzusznych i znajdywany twardy guz w jamie brzusznej.

W tych przypadkach wszakże trzeba zwrócić uwagę na nagłe zjawienie się w brzuchu guza, który formuje się jednocześnie ze zjawieniem się bólu od samego początku cierpienia. Tego nie można powiedzieć o wytworzeniu się ropnia międzykiszkowego, mającego nieco odmienny przebieg. Przeciw zapaleniu wyrostka robaczkowego może częściowo tylko przemawiać będzie nagły początek choroby przy nieco podniesionej

ciepłocie i odpowiedniem do niej tętnie, przy jednoczesnem zjawieniu się stłumienia nad wyczuwającym się guzem.

Nieco pewniejsze dane różniczkowe nastręcza próba Camidge'a. Klauber, ogłaszając o swoich dodatnich wynikach odczynu Camidge'a przy normalnej trzustce, zauważył, że w tych wszystkich przypadkach znajdował on poważne zmiany w samej sieci, a ponieważ zawężlenie sieci w ostrej postaci sprowadza ciężkie zaburzenia w odżywianiu oraz wywołuje zmiany w tłuszczu sieci—to próbie Camidge'a chociażby z teoretyczuego punktu widzenia nie można odmówić pewnego znaczenia w rozpoznawaniu zawięźlenia sieci.

Jak trudne jest zrobienie rozpoznania tego cierpienia, dowodzą tego niżej podane błędne rozpoznania ogłoszonych dotychczas przypadków, a mianowicie:

1) w jednym przypadku rozpoznano wgłobienie kiszek (Schede);
2) „ „ zapalenie sieci (epiploitis) (Vignard);
3) „ „ zamknięcie światła kiszek (Tuffier);
4) „ „ grużlicę kiszki ślepej (Simon);
5) „ „ uwięzioną przepuklinę + appendicitis;
6) „ „ odprowadzenie masowe (Potherat);
7) „ „ uwięźnienie jądra (Pretsch);
8) 8 razy niedającą się odprowadzić przepuklinę;
9) 19 razy uwięźnienie przepukliny;
10) 24 razy appendicitis;
11) 31 razy żadnego rozpoznania nie robiono.

Tylko w 5 przypadkach rozpoznanie poprzedziło operacyę.

Co się tyczy leczenia zawięźlenia sieci, to jedynem prawidłowem leczeniem jest zabieg operacyjny, a mianowicie — cięcie brzucha z wycięciem chorej części sieci; tylko w niewielu przypadkach były czynione próby odkręcenia zawęźlonej sieci. W przypadku Eitela po odkręceniu zawęźlonej sieci ta ostatnia wróciła do stanu prawidłowego i chory wyzdrowiał. Walter i Sonnenburg też z powodzeniem odkręcali zawężloną sieć, poczem i w tych przypadkach objawy zastoiny przemijały, jednak nie ryzykowali oni zostawiać w jamie brzusznej choć wprawdzie chwilowo zmienionego odcinka sieci, który z powodzeniem wycinali. Wielkość usuwanych części zmienionej sieci bywała różna, a w przypadku Vicka, który znalazł sieć skręconą 7 razy dokoła podł. osi, była usunięta nawet cała sieć duża.

PIŚMIENNICTWO.

1. Potherat. Torsion intraabdominal du grand epiploon. (Bull. et mem de la soc. de chir. de Paris. T. 35).
2. Hodela. Die Torsion des grossen Netzes. (v. Langenbecks Arch. Bd. 92, Hft. 3).
3. M. Litthauer. Ueber Netztorsion und Netzeinklemmung. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Bd. 104).
4. Steiner. Ueber Netztorsion. (Deutsch. med. Wochen. 1910. № 28).
5. Vick. Acute torsion of the great omentum. (Brit. med. Journ. 1911. Marz 18).
6. Balduin. Netztorsion. (Prager med. Woch. 1910. № 45 i 46).
7. Przegląd lekarski. R. 1899. № 34.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 9 listopada 1911 r.

1. *Oderfeld.* Przypadek ropnia mózgu urazowego pochodzenia, operowany z wynikiem pomyślnym.

1. *Oderfeld* przedstawia 10-letnią dziewczynkę, operowaną z pomyślnym zejściem z powodu rozległego ropnia mózgu urazowego pochodzenia. Chora przybyła do szpitala z następującymi wywiadami (18/9 r. b.). Przed 3-ma tygodniami spadła jej na głowę cegła, wskutek czego powstała w okolicy czołowej lewej ranka, która szybko zagoiła się. W kilka dni potem chora zaczęła uskarżać się na wzmagające się bóle głowy, oraz na osłabienie prawej górnej kończyny. Od 10-ciu dni zauważono zez. Badanie chorej wykazuje co następuje: sztywność karku, słaby objaw Kerniga (chora leży z przykurczonemi kończynami dolnemi). Wzrok nie osłabiony; w lewej okolicy czołowej, na granicy części owłosionej znajduje się 1,5 cm. długości blizna; okolica ta na opukiwanie jest bolesna; nierówność kości nie daje się stwierdzić. Badanie oka wykazuje obustronne porażenie nerwów odwodzących. Na dnie oka widać brodawkę zastoinową, oraz wylewy krwawe około tarczy (kol. Handelsman). Tr R (triceps reflex) obustronnie średnio żywe, PR i AR = O. Chora może stać i chodzić, zlekka się zataczając. Adiadokokynesis na niekorzyść prawej strony. Inteligencya zachowana. T. 88 — C. 37,4°. Leukocytoza 19,400. Przekłucie lędźwiowe wykazuje również nieznaczną leukocytozę.

D. 25 września 1911 r. wykonano operacyę w następujący sposób: Wycięto bliznę; na kości znajdujemy szczelinę 1,5 cm. długości; w szczelinę tę wprowadzono szczypce Menarda i po wydłubaniu niewielkiego otworu, większemi szczypcami Luera wydłubano otwór wielkości kopiejki. Twarda opona mózgowa silnie wypina się, nie tętni. Przekłucie próbne wykazuje cuchnącą ropę. Wobec zamierzonego otwarcia ropnia, obetkano szczelinę między kością i oponą twardą, i cięciem krzyżowem rozcięto oponę. W środku była ona przyrosła do substancyi mózgowej. Ostrym nożem otwarto ropień, z którego wypłynęło około 3-ch łyżek ropy. Palcem ostrożnie przekonano się o jego rozmiarach (wielkości jaja kurzego) i całą jamę wypchano kilkoma paskami gazy jodoformowej. Częściowy szew rany i opatrunek uciskający.

Zaraz nazajutrz można było stwierdzić zmniejszenie się porażenia n. abducentis lewego, oraz zmniejszenie się objawu Kerniga. Przy normalnej ciepłocie tętno stało się częstszem (110), chora skarżyła się na silniejsze bóle, ogólne wrażenie dobre. Na 6-ty dzień po operacyi zastano chorą w stanie apatycznym, ciepłota prawidłowa. Przy zmianie opatrunku stwierdzono dość duże wypadnięcie substancyi mózgowej; od tej pory objętość wypadnięcia zwiększała się i doszła nareszcie do wielkości dużego kasztana. W dwa dni potem zrobiono znów próbne przekłucie, i wydobyto pełną strzykawkę ropy. Wobec tego otwór w substancyi mózgowej ostrożnie palcem rozszerzono, i wypuszczono około 2-ch łyżek ropy. Założono szeroki sączek gumowy, który musiano jednak nazajutrz zmienić na gazę jodoformową, gdyż chora uskarżała się na silne bóle. Od tej pory stan rany zaczął powoli poprawiać się; wypadnięta część mózgowia zrosła się ze skórą, powierzchnia zaczęła oczyszczać się, a objętość stale zmniejszać, tak iż obecnie widzimy niewielką czystą powierzchnię ziarninującą silnie tętniącą, występującą zaledwie nad powierzchnię skóry. W obecnej chwili chora czuje się zupełnie dobrze, chodzi bez zarzutu, zniknął zez, a na dnie oka widać jeszcze tylko ślady brodawki zastoinowej; porażenie nerwów odwodzących znikło zupełnie.

Aczkolwiek chorą uważać można za uleczoną, O. sądzi jednak, że wcześniej, czy później wypadnie zamknąć osteoplastycznie otwór w kości, aczkolwiek Horsley, F. Krauze tego nie zalecają.

BR. SZERSZYŃSKI.

Posiedzenie dnia 14 grudnia 1911 r.

1. *Lubelski*: a) Całkowite wycięcie szczęki górnej z powodu nowotworu,

b) wycięcie piszczeli i dwóch przyległych stawów z powodu zapalenia szpiku kostnego; operacya kostnowytwórcza.

2. *Borzymowski*. Przypadek nerwobólu kulszowego, leczony operacyjnie.

3. *Oderfeld*. Wycięcie żołądka sposobem Polya-Wilmsa.

4. *Chmielewska*. O zatorach i zakrzepach naczyń krezkowych.

1. *Lubelski* a) Całkowite wycięcie górnej szczęki z powodu mięsaka z zachowaniem w całości miękkiego podniebienia Pokaz chorego.

Chory J. J. mający 36 łat, przed rokiem zauważył w jamie ust, ze strony prawej, zjawienie się guza, który stopniowo zwiększał się. Guz, jak stwierdził L., twardy na dotyk, zajmował tylną część wyrostka zębodołowego i przechodził na wyrostek podniebienny prawie do linii środkowej. Przypuszczając, że guz przedostał się już do jamy Highmora, i nie licząc na możliwość usunięcia go za pomocą wycięcia częściowego, L. postanowił dokonać doszczętnej operacyi, rezekując całą górną prawą szczękę.

Choremu w dwóch odstępach czasu w trzy i w dwie godziny przed operacyą wstrzyknięto morfinę ze skopolaminą (morfiny 0,01 + skopolaminy 0,005). Operacyi dokonał w uśpieniu chloroformem; chloroformu zużyto nie

więcej niż 6,0 — 8,0. Przed operacyą otwór nosowy tylny ze strony prawej L. zatamponował za pomocą rurki Bellocka.

W pozycyi leżącej L. przeciął miękkie części (sposobem Nelatona) i przebił dłutem spojenia kostne górnej szczęki z kością czołową, łzową, sitową i licową; następnie chorego posadził, przeciął przyczep błony śluzowej od strony policzka do szczęki, przeciął błonę śluzową i okostną po linii środkowej na twardem podniebieniu, zachowując w całości miękkie podniebienie, na którem wykonał tylko od linii środkowej na zewnątrz niewielkie cięcie poprzeczne. Przebił dłutem twarde podniebienie, a połączenie górnej szczęki z wyrostkiem skrzydlastym odłamał pociągnięciem szczęki ku dołowi. Skręciwszy ją szybko parę razy dookoła osi, oderwał z tyłu od miękkich części. Krwawienie było nieznaczne i podwiązki na tętnicę szczękową wewnętrzną nie nakładał. Ranę L. mocno wytamponował gazą jodoformową. Pierwsze dwie doby trzymano chorego z obawy przed zachłystowem zapaleniem płuc (według wskazówek Kochera) w pozycyi na boku, z głową i tułowiem opuszczonemi ku dołowi. Po dwóch dniach chory wstał, a po 24 godzinach już sam przyjmował, nie krztusząc się, płynne pokarmy. Gazę jodoformową L. usunął po 10 dniach. Wycięty guz, jak się okazało, rzeczywiście drążył do jamy Highmora, i przeżarł przednią ścianę górnej szczęki Badanie drobnowidzowe wykazało mięsak olbrzymiokomórkowy.

Chory demonstrowany zasługuje na uwagę z tego względu, że przy operacyi udało się zachować mu w całości miękkie podniebienie i boczne łuki ze strony operowanej. Tem się tłomaczy, że chory już po 24-ch godzinach sam przyjmował płynne pokarmy, nie krztusząc się, a w przyszłości zachowanie miękkiego podniebienia niewątpliwie wpłynie korzystnie przy zastosowaniu odpowiedniej protezy na czystość mowy, która dzięki temu straci swoje nosowe brzmienie.

b) Chory H. T., mający lat 13, leżał na oddziale skórym, gdzie leczył się z powodu wrzodzianek. Na oddział chirurgiczny został przeniesiony z powodu zapalenia szpiku kostnego prawej piszczeli, wywołanego niewątpliwie przerzutem z miejsca pierwotnego zakażenia.

Choremu L. dokonał wycięcia piszczeli, usuwając cały trzon do górnej i dolnej nasady. Chory jednak po tym zabiegu dalej wysoko gorączkował, a próbne nakłucie wykazało ropę w stawie kolanowym i w stawie skokowym. W dwanaście dni po pierwszej operacyi dokonano mu drugiej: L. przedłużył pierwotne cięcie do góry przez staw kolanowy, na udo, na cztery poprzeczne palce powyżej górnego brzegu rzepki, trzymając się na wewnątrz od niej. Odciągnąwszy rzepkę na zewnątrz, zgiął kolano, przeciął więzy skrzyżowane kolana, poczem z łatwością usunął górną nasadę piszczeli wraz z chrząstkami międzystawowemi. Przedłużywszy cięcie ku dołowi, przez kostkę wewnętrzną, do dolnego jej końca i oddzieliwszy dookoła niej wszystkie więzy, otworzył staw skokowy i usunął dolną nasadę piszczeli. Górną zniszczoną powierzchnię trzonu kości skokowej odbił dłutem. W niektórych miejscach przeprowadził sączki gumowe, a całą ranę wytamponował gazą jodoformową. Po tym zabiegu ciepłota spadła do

normy; po dwóch dniach jednak podniosła się znów do 38 i w granicach od 37,4 do 38 trwała jeszcze przez dwa miesiące.

W trzy miesiące po drugim zabiegu chory zupełnie poprawił się. Rana wypełniła się ziarniną, i zajmowała przednio-wewnętrzą powierzchnię goleni i ¼ dolną część uda; rzepka wśród zrostów znajdowała się na zewnętrznej powierzchni kolana; wobec braku piszczeli i nowopowstałych zrostów w stawie kolanowym nastąpiło skrócenie goleni na 6—8 centm. Oprócz tego nastąpiło zwichnięcie górnej części goleni ku tyłowi, i główkę k. strzałkowej można było wyczuć na tylnej powierzchni stawu kolanowego, nad górnym brzegiem kłykcia zewnętrznego kości udowej. Aby stworzyć pewne i mocne punkty oparcia i pewny zrost kostny w stawie kolanowym, aby dać możność choremu w przyszłości korzystać ze swojej kończyny L. postanowił dokonać trzeciej z rzędu operacyi — kostnowytwórczej.

Składała się ona z dwóch następujących momentów: a) wyseparowanie rzepki i odprowadzenie jej z zewnętrznej powierzchni kolana — na przednią, b) zespolenie górnego końca kości strzałkowej z zewnętrznym kłykciem kości udowej.

Cięciem, przeprowadzonem z góry na dół na zewnętrznym brzegu rzepki, przez skórę, powięź i mięśnie, i przechodzącem przez ¼ dolną część uda, staw kolanowy i ¼ górną część goleni, L. odseparował płat skórno-mięśniowy, szeroki na trzy poprzeczne palce, w którym znajdowała się rzepka, i uruchomiwszy go, przesunął na przednią powierzchnię stawu kolanowego. Zwracając uwagę, aby nie zranić nerwu strzałkowego, wyseparował ze strony rany górny koniec kości strzałkowej; część główki ściął, i kość strzałkową wbił w istotę gąbczastą kłykcia zewnętrznego kości udowej; dla pewności zespolił jeszcze oba końce kości szwem z drutu.

Przeprowadziwszy, gdzie mógł, sączki gumowe, ranę L. wytamponował gazą jodoformową. Po czterech miesiącach rany zagoiły się. Teraz, jak widać, w stawie kolanowym jest mocny zrost kostny; kończyna jest równa, i chory, otrzymawszy bucik z wysoką podeszwą, będzie mógł chodzić bez specyalnego przyrządu.

Czarkowski J. przytacza sposób (autora nie pamięta) postępowania w ostrych przypadkach osteomyelitis, który polega na tem, że usuwa się kość chorą całkowicie na całej rozciągłości podokostnowo, wprowadzając na miejsce kości odpowiedniej grubości cylinder metalowy, który po 4-ch do 5-ciu tygodniach usuwa się. Zagojenie doszczętne — po trzech miesiącach.

Kryński. Myśl wprowadzania ciał obcych w miejsce usuniętej kości piszczelowej stosowana bywa od dość dawna; zasadą jest wytworzenie protezy, któraby umożliwiła tworzenie się nowej kości w rozmiarach i kształcie, odpowiednich do warunków anatomicznych. Kolega L. użył tu zamiast ciał obcych kość łydkową (fibula), zastosował myśl dobrą i dobrym uwieńczoną wynikiem.

Lubelski odpowiada Czarkowskiemu:

Wobec ciężkiego stanu chorego i powikłań, jakiemi są ropne zapalenia stawów kolanowego i skokowego przy rezekcyi piszczeli, na razie myślałem tylko o tem, jakby utrzymać chorego przy życiu, ewentualnie ura-

tować mu kończynę. Zresztą proteza metalowa najlepiej daje się zastosować w tych przypadkach, gdzie zostają nasady piszczeli, o które proteza się opiera. W danym przypadku wobec rezekcyi stawów kolanowego i skokowego protezy nie mógłbym zastosować.

2. *Borzymowski.* Przypadek nerwobólu kulszowego, leczony operacyjnie. Borzymowski przedstawił chorą w wieku 35 lat, która w lipcu r. b. zachorowała na ischias. Choroba zaczęła się nagle po przespaniu się na wilgotnej ziemi; z początku bóle umiejscowiły się tylko w okolicy krzyża z lewej strony, następnie jednak zajmowały coraz większą część nogi i wkrótce objęły całą nogę do palców, z największem nasileniem występując na tylnej i zewnętrznej części uda, szczególnie w okolicy krętarza. Siła bólów stale wzmagała się pomimo leczenia i, kiedy chora we dwa miesiące od początku choroby zapisała się do szpitala S-go Ducha, doszły one do tego stopnia, że chora nie mogła chodzić, dnie i noce spędzała płacząc i jęcząc w łóżku, leżąc tylko na prawym boku; albowiem ani na wznak, ani na lewym boku leżeć nie mogła; od ciągłego podpierania się prawym łokciem skóra w odpowiedniem miejscu uległa zaczerwienieniu, zapowiadającemu odleżynę, i chora zaczęła bardzo na to narzekać. Kąpiele, miesienie, antirheumatica, heroica, narcotica okazały się bez skutku, wobec tego B. postanowił chorą poddać tej samej operacyi, którą raz już był wykonał z dobrym wynikiem przed kilku miesiącami. W uśpieniu chloroformowem zrobił cięcie na tylnej powierzchni uda w kierunku przebiegu n. kulszowego, zaczynając od fałdy pośladkowej aż do środka jamy podkolanowej. Po przecięciu skóry, opwięzi, obfitej w tem miejscu tkanki tłuszczowej i rozdzieleniu mięśni, obnażył i wyseparował na całej długości cięcia skórnego nerw kulszowy, przecinając przytem parę małych bocznych gałązek. Następnie przez całą długość na obnażonej części nerwu rozciął na nim otoczkę, poczem uwydatniły się włókna samego nerwu. Po dokładnej hemostazie zaszył całą ranę w dwa piętra doszczętnie. Zaraz po operacyi bóle w okolicy uda i te najgorsze w okolicy krętarzą znikły bezpowrotnie, chora jednak narzekała jeszcze na bóle w krzyżu, powyżej cięcia i w goleni poniżej tegoż. I te jednak bóle po paru tygodniach znikły zupełnie. Operacya powyższa została po raz pierwszy wykonana przez B. kilka miesięcy temu z identycznym skutkiem, a mianowicie bóle w okolicy obnażenia i przecięcia otoczki nerwu znikły natychmiast po operacyi, a bóle powyżej i poniżej cięcia ustępowały po paru tygodniach. Do wykonania tej operacyi skłoniło B. przypuszczenie, że przy ischias zachodzą zapewne zaburzenia w odżywianiu nerwu: przekrwienie, obrzęk lub niedokrwistość nerwu. W każdej zaś z tych ewentualności nacięcie otoczki powinno mieć skutek dodatni, albowiem w razie obrzęku lub przekrwienia nacięcie momentalnie niemal może je usunąć, a w razie anemii—ułatwić może wrośnięcie nowych naczyć. Jakkolwiek te dwa spostrzeżenia nie wystarczają do zalecania tej operacyi, to jednakże upoważniają one do wypróbowania tego sposobu w ciężkich i uporczywych postaciach rwy kulszowej, nie poddających się dotychczasowym sposobom leczenia.

Czarkowski przypomina metodę Barącza, polegającą na obnażeniu nerwu kulszowego, tuż przy wyjściu jego z miednicy, i usunięciu zrostów i blizn

około nerwu; a zrosty i blizny zawsze znajdywał w przypadkach przewlekłych zapaleń nerwu.

Kryński sceptycznie zapatruje się na wartość proponowanego zabiegu operacyjnego. Przedewszystkiem niema on żadnego związku z patogenezą cierpienia, ciemną niestety w ogromnej większości przypadków ischias. Nie znając więc ani przyczyny zmian chorobowych, ani ich umiejscowienia w nerwie, kolega B. w zupełnie dowolnem miejscu obnaża nerw kulszowy i również dowolnie przecina jego pochewkę, aby w ten sposób znieść domniemany ucisk, co do którego istnienia w tem miejscu nie ma żadnych danych. Jeżeli już mamy stosować zabieg jaki przeciw przypuszczalnemu uciskaniu nerwu, to należałoby skierować go tam, gdzie spotyka się je najczęściej, a więc do otworu kulszowego lub wyżej, albo też, za przykładem Barącza, porozcinać istniejące na przebiegu nerwu zrosty pochewki z otoczeniem. Dodatnie wyniki w dwóch omówionych przypadkach są mało przekonywające, jako zbyt świeże, tembardziej, że, jak wiemy, w przebiegu ischias takie lucida intervalla występują nierzadko, szczególnie po wszelkiego rodzaju maltretowaniu nerwu, jak miesienie, wyciąganie i t. p. Nadto obawiać się można, że w przyszłości wystąpią rzeczywiście objawy ucisku nerwu kulszowego przez nowowytworzoną pomiędzy brzegami przeciętej torebki bliznę, której kształtu, ani własności nikt przewidzieć z góry nie może.

Zembrzuski wypowiada obawy, czy obnażenie nerwu kulszowego na tak znacznej przestrzeni nie spowoduje w przyszłości łącznotkankowych zrostów, które mogą wywoływać bóle i parestezye, aczkolwiek może innego charakteru, niż w typowej rwie kulszowej. Szyjąc nerwy, wszak musimy je otaczać różnemi substancyami, jak kością odwapnioną, cylindrami magnezowymi, żelatynowymi i t. p., chroniącymi od zrostów następczych miejsce szwu.

3. *Oderfeld.* Wycięcie żołądka sposobem Polya-Wilmsa. Oderfeld w krótkich słowach wspomina o istniejących obecnie metodach wycięcia odźwiernika, a mianowicie: a) Billrotha I — Rydygiera, plegająca, jak wiadomo, na bezpośredniem zespoleniu kikuta żołądka z dwunastnicą. Metoda ta ma dziś jeszcze wielu zwolenników (Rydygier); wymaga ona jednak specyalnych warunków, mianowicie — możliwości zespolenia bez najmniejszego napięcia tkanek; b) Billrotha II, polegająca na zeszyciu na głucho i dwunastnicy i kikuta żołądka, i zespoleniu żołądka z jelitem za pomocą gastroenterostomii. Metoda ta cieszy się największą popularnością, i stosowana jest, jako metoda wyboru. Nadto mamy do dyspozycyi jeszcze jedną metodę typu Billrotha I — Rydygiera, mianowicie metodę Kochera, w której po zeszyciu na głucho żołądka wszywamy dwunastnicę w otwór, na tylnej ścianie żołądka nałożony. Metoda ta, pomimo powagi jej twórcy, mniej jest stosowana. Być może, że wprowadzone przezeń do chirurgii „uruchomienie dwunastnicy" utoruje tej metodzie szersze zastosowanie. O sposobach opatrzenia kikuta dwunastnicy Oderfeld nie wspomina, gdyż jest to kwestya oddzielna, o której na razie mówić niema zamiaru. Aczkolwiek, zdaniem O., powyższe metody odpowiadają potrzebom najszerszym chirurgii żołądka, tem niemniej każdy nowy pomysł, mogący w czemkolwiek ułatwić zadanie

operatorowi i przytem choremu, należy z uznaniem przyjąć. Do takich pomysłów, zdaniem O., należy niedawno ogłoszony sposób Polya-Wilmsa, polegający na następujących zmianach w sposobie Billrotha II. Po zeszyciu dwunastnicy, nie zeszywamy, jak w Billrocie II, żołądka na głucho, lecz otwór wytworzony używamy do wykonania zespolenia z jelitem cienkiem

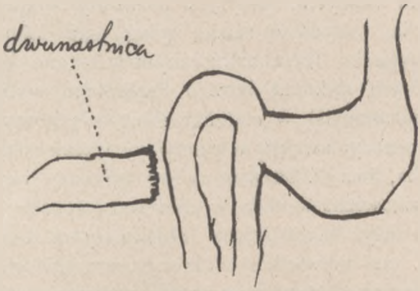


Fig. I

(gastroenterostomia), i zespolenie wykonywamy w ten sposób, że je wykonywamy na całej długości linii cięcia [żołądkowego (Fig. I), albo po zeszyciu częściowem górnego lub dolnego końca cięcia lub nawet obu, jak widać z rysunku Fig. IIa i Fig. IIb. Obie odmiany mają swoje wskazania, mianowicie: sposób z Fig. I stosujemy w przypadkach, w których wykonano



Fig IIa

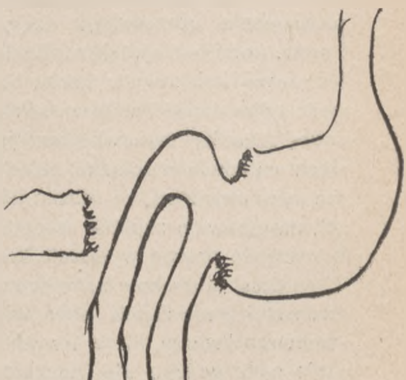


Fig II b

wycięcie odźwiernika tuż przed tym ostatnim, gdzie mamy zatem otwór w kikucie żołądkowym niewielkich rozmiarów; sposób z Fig. IIa i IIb stosujemy w rozległych wycięciach. Autorowie tych odmian dodają, że, stosując ostatnie sposoby (Fig. IIa i IIb), użyć można jelito cienkie, jako ochronę linii szwu żołądkowego przez zespolenie kilku szwami jelita z linią szwu.

Zdaniem O., jest to zbyteczne i w swoim przypadku, o którym niżej, tego nie zastosował; należy tylko szyć w zdrowych tkankach.

Pytanie, czy metoda omawiana wzbogaca czemkolwiek nasz dobytek w dziedzinie chirurgii żołądka? Zdaniem O. tak! i to z następujących powodów. Koledzy, którzy wykonywali rozleglejsze wycięcia, wiedzą, ile materyału żołądkowego użyć trzeba, żeby zamknąć na głucho kikut żołądka; jak, po dokonanem zeszyciu, mały jest pozostały żołądek, i jakie duże trudności przedstawia wszycie w ścianę tylną tego kikuta jelita cienkiego. O. w jednym przypadku (demonstrowanym w swoim czasie w sekcyi chirurgicznej), w którym dokonał bardzo rozległego wycięcia żołądka, przy wszyciu jelita (anastomosis) w maleńki kikut żołądkowy miał takie trudności, że podczas operacyi zwątpił w pomyślny wynik zabiegu. Chora szczęśliwie wyzdrowiała, lecz O. bezwarunkowo po raz drugi w ten sposób by nie postąpił. A omawiana metoda w stanowczy sposób problemat ten rozwiązuje. Zamiast użyć część ściany żołądkowej na zeszycie otworu, i tym sposobem szukać na niewielkiej wolnej przestrzeni ściany żołądkowej nowego miejsca dla otworu anastomotycznego, wykonywamy omawianą operacyę — i sprawa została załatwiona z pożytkiem dla czynności żołądka, bezpiecznie i szybko! Nie bez znaczenia, aczkolwiek niewielkiego, jest i ta okoliczność, że metoda ta oszczędza nam sporo ściany pozostałego żołądka, wskutek czego i powierzchnia trawienia pozostaje rozleglejsza.

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną stronę techniczną omawianej operacyi, stanowiącą bez wątpienia jeszcze jedną dodatnią jej cechę. Otóż, wiadomo, że w metodach typu Billrotha II linia szwu otworu żołądkowego— stanowi piętę Achillesową całej metody. Nie należy zapominać, że brzegi zespolone należą pod względem unaczynienia, wzgl. odżywiania, z powodu podwiązania uprzedniego naczyń, do tkanek względnie upośledzonych, i szew, pomimo największej dokładności, nieraz zawieść może. Otóż, zespolenie owej linii szwu z tkanką bogatą w pożywienie, jaką jest jelito cienkie, może tylko dodać linii szwu soków odżywczych i zespolenie utrwalić. Jaką dobrą „mamkę“ stanowi ściana jelita cienkiego, może służyć fakt, że w wycięciu całkowitem żołądka, gdzie zeszywano kikut przełyku, zupełnie pozbawionego otrzewnej, ze ścianą jelita cienkiego (w sposób przez O. omawiany), następowało zupełne zespolenie. Nie ulega wątpliwości, że zespolenie to nastąpiło prawie wyłącznie kosztem sił żywotnych ściany jelita.

Czas, potrzebny na wykonanie tej operacyi, o ile zaopatrzenie kikuta dwunastnicy nie zajmie zbyt wiele czasu, a to zdarza się najczęściej, jest stanowczo krótszy, niż w innych metodach. W swoim przypadku O. zużył około 2-ch godzin, ale stanowczo nie można tego odnieść na karb samej metody, lecz wyjątkowych trudności w obszyciu dwunastnicy. O. sądzi, że w ciągu godziny można tę operacyę w całości wykonać.

Przypadek, w którym O. po raz pierwszy zastosował omawianą metodę: Chora cierpi od roku mniej więcej na zaburzenia żołądkowe, wskutek czego zapisała się do oddziału D-ra Rappla, w którym ustalono za pomocą dokładnego zbadania mechanizmu i chemizmu żołądka, że mamy do czynienia z rakiem odźwiernika. Wyczuwany ruchomy guz to rozpoznanie tylko utwierdzał, wobec czego chora została przeniesiona do oddziału O.,

gdzie wykonano w powyższy sposób operacyę. Samo wycięcie wykonano w typowy sposób, przyczem należało wyciąć kilka gruczołów chłonnych. Przebieg pooperacyjny gładki. Na trzeci dzień żółciowe wymioty; po jednorazowem przemyciu żołądka ustąpiły. Chora z każdym dniem poprawia się.

Dodać należy, że jelita cienkie przeprowadzono przez otwór w mesocolon, t. j. „anastomosis retrocolica".

Czarkowski Józef przedstawił okaz raka żołądka, wyciętego sposobem Polya-Wilmsa. Na preparacie widać, że wycięto prawie całą krzywiznę małą wraz z gruczołami i większą połowę krzywizny dużej. Operacyę wykonano na bardzo wyniszczonym 46-letnim mężczyźnie, który ważył zaledwie 76 funtów, w znieczuleniu miejscowem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W dniu 14-ym po operacyi chory opuścił zakład i przez ten czas zyskał na wadze 10 funtów.

Cz. zaleca metodę Polya-Wilmsa w przypadkach obszernego wycięcia żołądka, gdzie pozostaje mało miejsca do wykonania gastroenterostomii metodą Billrotha II lub Moro.

Co się zaś tyczy sposobów zamknięcia kikuta dwunastnicy, to w jednym przypadku Cz. zastosował sposób Brunnera (po założeniu 2-piętrowego szwu wszywa się kikut do powłok brzusznych), w drugim — Steinthala (obszycie kikuta siecią i tampon z gazy do jamy); w dwóch zas następnych przypadkach — metodę Schwartza (podaną w № 42 Centralblatu za 1911 r.)

Nakładanie szwów Czarkowski wykonywa nieco w odmienny sposób, niż radzi Schwartz, (pierwszą operacyę Cz. wykonał $1^1/_2$ roku temu) a mianowicie: po założeniu zaciskadła na zdrową część dwunastnicy, nakłada szew materacowy bezpośrednio pod zaciskadłem, po zdjęciu zaciskadła obcina odźwiernik ponad szwem; w odległości $^1/_2$ — 1 cm. od brzegu nakłada na kiszkę szew kapciuchowy; poniżej szwu kapciuchowego chwyta ścianę kiszki szczypczykami Kochera w czterech przeciwległych punktach, napręża szczypczyki, i, wytwarzając w ten sposób lejek, z największą łatwością wgłabia koniec kiszki, zamknięty szwem materacowym. Pozatem nakłada szew ciągły na tylną ścianę kikuta w ten sposób, że zespala brzegi otrzewnej, (która w tem miejscu nie pokrywa kiszkę), i tym samym szwem jeszcze raz zamyka miejsce szwu kapciuchowego. We wszystkich czterech przypadkach zagojenie było bez żadnych powikłań i wytworzenia się przetoki. W przypadkach zaś, gdzie pozostaje za krótki kikut, do obszycia go w powyżej opisany sposób możemy posiłkować się uruchomieniem dwunastnicy metodą Kochera, lub zastosować metodę Faykisa, polegającą na przyszyciu kikuta do trzustki w ten sposób, aby pokryć szew zamykający; tłomaczyć to jaśniej trzeba: przyszywać przednią ścianę kiszki (pokrytą otrzewną) do trzustki, unikając zranienia naczyń, a gdy i na to kikuta nie wystarcza, to wprost pokryć szew zamykający miąższem trzustki. W sześciu przypadkach, operowanych w podobny sposób, Faykis otrzymał wyniki doskonałe.

Kryński. Z pomiędzy istniejących w chirurgii sposobów wycięcia odźwiernika największą i słusznie popularnością cieszy się metoda II Billrotha, przedstawiająca najlepsze warunki dobrego zrostu zeszytych części. A ten właśnie wzgląd stanowi główny zarzut, stawiany metodzie Rydygiera,

po za tem najidealniej pomyślanej. Tę samą wadę — stwarzanie punktów słabych w linii szycia żołądka — posiada metoda Polya-Wilmsa, użyta przez Oderfelda, i to w stopniu, zdaje się, jeszcze wyższym. Nie można przeto uważać jej za współrzędną, konkurującą z postępowaniem Billrotha, aczkolwiek niewątpliwie — w jakimś oddzielnym przypadku dać może wynik dobry. W ostatnich czasach Kryński za przykładem chirurgów amerykańskich zaczął stosować odmianę gastroenterostomii, polegającą na tem, że pętlę jelita przyszywa się do ściany żołądka (przedniej czy tylnej) nie poziomo, wzdłuż osi podłużnej żołądka, lecz pionowo wzdłuż osi poprzecznej. Ma to szczególne zalety w metodzie Billrotha, w tych przypadkach, gdzie po wycięciu obszerniejszem odźwiernika pozostaje niekiedy bardzo niewiele ściany żołądkowej. Takie postępowanie z dobrym wynikiem zastosował Kr. przed miesiącem u jednego chorego, któremu z powodu raka odźwiernika trzeba było usunąć $^{2}/_{3}$ całej ściany żołądka.

Ciechomski nie podziela zapatrywań poprzednich mówców co do wyższości metody Polya-Wilmsa w porównaniu z innemi, a przedewszystkiem ze sposobem wycięcia żołądka, zwanym Billrotha II-gi. Sposób ten, jako udoskonalenie metod dawniejszych, wyróżnia się tem, że dobrze unaczynioną i nietkniętą dotąd pętlicę kiszki czczej przyszymamy do zdrowej i również dobrze unaczynionej przedniej ściany żołądka, przecinając ją, jak zwykle, poprzecznie, czy też podłużnie, jak radzą chirurgowie amerykańscy.

Jest rzecz oczywista, że takie spojenie kiszki czczej z żołądkiem co do odżywiania swego będzie o wiele pewniejsze, aniżeli przyszycie tejże kiszki pośrodku rany rezekcyjnej na żołądku, bądź co bądź odżywianej niezbyt potężnie po podwiązaniu blizkich u góry i u dołu naczyń krwionośnych.

Co zaś do czasu, potrzebnego do wykonania operacyi podług tej lub innej metody, to Ciechomski sądzi, że różnica ta nie może być wielka — zarówno sposób Polya-Wilmsa, jako też sposób Billrotha II-gi może być wykonany szybciej lub wolniej, zależnie od wprawy i techniki operującego.

4. *Chmielewska.* O zatorach i zakrzepach naczyń krezkowych (patrz „Przegląd Chirurg. i Ginekol.“, T. VI. Z. I).

Szteyner powołuje się na przypadek, w którym u 60-letniego mężczyzny z objawami zapaści i niewielkiego wzdęcia i bolesności brzucha nastąpiło zejście śmiertelne w 40 godzin od początku cierpienia. Dla ciężkiego stanu chorego nie operowano. Badanie pośmiertne wykazało zupełny zakrzep żyły wrotnej bez widocznej przyczyny.

Zembrzuski spostrzegał przypadek, klinicznie dający istotnie obraz zatkania naczyń krezki, lecz wątpliwy pod względem obrazu anatomopatologicznego. 3-letni chłopiec, zoperowany z powodu olbrzymiej przepukliny mosznowej, i cierpiący uprzednio na rozwolnienie długotrwałe, na 3-ci dzień dostał bardzo gwałtownych krwotoków kiszkowych, i w ciągu kilku godzin (6-ciu) zmarł. Na sekcyi wyraźnego obrazu zawału krwotocznego krezki i jelit nie znaleziono, natomiast krew w jelitach i liczne rozległe owrzodzenia w błonie śluzowej.

Z. dodaje przytem uwagę, że w przypadkach zakrzepów krezkowych

po operacyach przepuklin, zakrzepy te tworzą się w tętnicach, nie zaś w żyłach, jak tego dowodzą prace Sauvego i Schnitzlera.

Jankowski. Objawy zawału krwotocznego o przebiegu ostrym nie wyczerpują w zupełności kliniki spraw chorobowych w następstwie zakrzepu i zatoru naczyń krezkowych. Istnieją postaci zakrzepu naczyń drobnych krezki o przebiegu przewlekłym: jedną z nich (mesenteritis fibrosa) poruszył Kryński. J. przypomina o drugiej — owrzodzeniach na śluzówce jelit, wyodrębnionej przez Pareńskiego.

Borzymowski. Mówiąc o postaci klinicznej omawianego cierpienia Prelegentka widocznie miała na myśli tylko jeden rodzaj zawałów, mianowicie zawały aseptyczne, powstałe na tle sklerozy lub innych podobnych cierpień; w tych zawałach istotnie, jak to zaznaczyła Prelegentka, niema objawów peritonealnych i podniesienia ciepłoty. B. sądzi, że pod względem praktycznym daleko większą mają doniosłość zawały, powstające na tle septycznem, np. w appendicitis. Objawy kliniczne w formach septycznych wyglądają zupełnie inaczej: mamy objawy peritonealne, gorączkę wysoką do 40^0 i 41^0 dochodzącą, żółtaczkę i wogóle cały obraz sepsy. Zwrócenie bacznej uwagi na te postaci skierowałoby być może kroki chirurga nietylko do usunięcia wyrostka, ale i do szukania ognisk zatorowych w żyłach, odchodzących od wyrostka.

Mówiąc o guzach, wyczuwanych w zawałach, Prelegentka określiła je jako krwiaki, tymczasem słowo krwiak nie daje nam pojęcia o jakiejkolwiek formie, wymiarze, powierzchni i t. d., guzy zaś, wyczuwane w zawałach, mają formę wałków lub kiełbasy, są ruchome i mają gładką powierzchnię.

Mówiąc o braku zapalenia otrzewnej, Prelegentka tłomaczy ten brak tem, że zejście śmiertelne następuje tak szybko, że niema ono czasu na rozwinięcie się. Tłomaczenie to nie może wystarczać w formach długotrwałych przewlekłych; B. sądzi, że zapalenie otrzewnej nie rozwija się dlatego, że drobnoustroje są oddzielone od otrzewnej grubą warstwą skrzepów.

BR. SZERSZYŃSKI.

Posiedzenie dnia 11 stycznia 1912 r.

1. *Osmólski.* Przypadek obustronnego zniekształcenia przedramienia na skutek zniszczenia nasad kości promieniowych przez sprawę zapalną.
2. *Ciechomski.* Z kazuistyki ran postrzałowych.
3. *Leśniowski.* Przypadek nowotworu wątroby, leczony operacyjnie.
4. *Czarkowski J.* Przypadek nowotworu pęcherza żółciowego i wątroby, leczony operacyjnie.
5. *Szerszyński.* Z kazuistyki śródbłoniaków.

1. *Osmólski* przedstawił 9-letnią dziewczynę, która w następstwie ospy przebyła cierpienie w okolicy obu stawów łokciowych. Pozostało jej po tem zesztywnienie obu tych stawów, a w jakiś czas potem zaczęło rozwijać się zniekształcenie, polegające na pałąkowatem wygięciu obu kości łokciowych i bagnetowatem ustawieniu dłoni. Fotografia rentgenowska wy-

kazała brak nasad górnych w obu kościach promieniowych, skrócenie tych ostatnich i pałąkowate wygięcie kości łokciowych.

2. *Ciechomski.* Jak dalece trudne jest niekiedy rozpoznanie, oraz jak nie należy zaniedbywać wszelkiej metody badania, poucza przypadek następujący:

J. S. lat 26 zgłosił się do C. ze skargą na pewną dolegliwość pod językiem z lewej strony podczas jedzenia, przed miesiącem zaś, czyszcząc zęby, wyczuł w tem miejscu jakieś obrzmienie. Badając, C. znalazł pod językiem na przebiegu przewodu Whartona guzik twardy, wielkości małego orzecha laskowego, i rozpoznał kamień ślinowy. Podczas operacyi atoli wydobyto zamiast kamienia kulę rewolwerową. W maju 1906 r., a więc przed 5½ laty, podczas napadu bandyckiego i gęstej strzelaniny pacyent, klęcząc pod ścianą z głową odchyloną w stronę prawą, otrzymał postrzał w grzbiet z otworem wejściowym poniżej grzebienia łopatki lewej i z wyjściowym nad obojczykiem w odległości 12—15 ctm. od 1-go. W owym czasie C. badał pacyenta, i uznał 3-cią ranę na szyi, w odległości 3-ch palców od kąta żuchwy prostopadle ku dołowi, jako obcierkę; tymczasem, jak widać obecnie, rana ta była 2 im wejściowym otworem kuli, która wreszcie uwięzła w śliniance podjęzykowej, i przez tyle czasu nie dała znać o sobie, pacyent bowiem od chwili zagojenia się ran, co nastąpiło w miesiąc po wypadku, nie doświadczał nigdy żadnego bólu. Oczywiście, prześwietlenie wykazałoby ukrytą w tak tajemniczy sposób kulę.

3. *Leśniowski* przedstawił guz — mięsak limfatyczny (lympho-sarcoma) wątroby, usunięty przezeń 35-letniemu pacyentowi, szewcowi. Chory ten przybył do oddziału D-ra Skłodowskiego w szpitalu Dz. Jezus dnia 2 października 1911 r., gdzie dowiedziano się odeń, że czuje się chorym od 5 miesięcy. Mianowicie, na początku choroby dostawał on bólu w dołku po każdem spożyciu pokarmów, również zdarzały się wymioty po jedzeniu. Stan taki trwał 6 tygodni. Następnie dostał bólu w lewej dolnej części brzucha; ból ten trwał do ostatnich dni, podczas chodzenia ból ten zwiększał się, podczas leżenia znikał. Kaszle niedużo od 2-ch tygodni, pluje mało. Prócz tego wskazuje na ból w plecach. Schudł znacznie. Stolce zaparte.

Budowa chorego prawidłowa, odżywiony średnio. Skóra blada, obrzęków niema. Gruczoły chłonne nie powiększone. Stan gorączkowy. Serce, narządy oddechowe — w porządku. Obmacywanie nadbrzusza bolesne. Po próbnem śniadaniu wydobyto z żołądka 120 c. s. zawartości, niedokładnie rozdrobnionej. L = O. A = 7. Mocz prawidłowy.

Podczas dalszego pobytu chorego w oddziale stwierdzono, że ciepłota ciała stale jest podniesiona. Chory wskazywał na rozmaite bóle w rozmaitych okolicach ciała, przebył nieżyt drobnych oskrzeli.

Wkrótce po przybyciu chorego do oddziału wymacał Dr. Skłodowski tuż poniżej prawego łuku żebrowego w miejscu, odpowiadającem położeniu pęcherza żółciowego, nieduży, niewyraźny guzik, na dotyk prawie wcale niebolesny. Z biegiem czasu guzik ten zyskiwał na objętości, przedstawiał się w postaci niedużego ciała kulistego, przypominającego dno wypełnionego mocno pęcherza żółciowego. Rozpoznanie dokładne nie dało się zrobić.

Wobec tego, że ciepłota ciała była wciąż powiększona, że guzik w podżebrzu prawem powiększał się stale, nie można było wyłączyć sprawy ropnej w pęcherzu żółciowym, pozatem chory zaczął dość szybko tracić na wadze; chorego przepisano do oddziału chirurgicznego.

Dnia 4 grudnia Leśniowski dokonał operacyi. Cięcie skośne, poniżej prawego łuku żebrowego. Po przecięciu otrzewnej wyłoniono prawy zraz wątroby nażewnątrz i wtedy można było widzieć, że pęcherz żółciowy wygląda zupełnie prawidłowo, jest wielkości prawidłowej, kamieni nie zawiera. Natomiast w wątrobie, mianowicie przy wolnym brzegu tejże, w miejscu, gdzie przylega do niej pęcherz żółciowy, mieści się guz barwy szarawobiałej, wielkości średnio dużej pomarańczy, wypuklający się swoim górnym odcinkiem ponad górną powierzchnią i poniżej wolnego brzegu wątroby Powierzchnia guza drobnoziarnista. Innych guzów w wątrobie nie widać okiem, i nie wymacuje się palcem. Do guza jest przyklejona sieć, również widać zrosty w okolicy odźwiernikowej części żołądka Od wnęki wątroby wzdłuż tętnicy wątrobowej widać długi szereg gruczołów chłonnych wielkości fasoli i większych, twardych. Ściany żołądka miękkie, podatne, wyglądają na niezmienione, natomiast poza żołądkiem w okolicy kręgosłupa wymacuje się guz twardy, nieruchomy, wielkości połowy dużej pomarańczy, wyglądający, jak duży pęk powiększonych gruczołów chłonnych. Guzików ani na otrzewnej ściennej, ani na otrzewnej trzewowej — nie widać.

Ponieważ guz w wątrobie był pojedyńczy, był zupełnie odosobniony, Leśniowski postanowił wyciąć go w zdrowych tkankach. Gdy L. wziął za guz i zlekka pociągnął zań, guz częściowo oddzielił się od swego łożyska w wątrobie, które nie posiadało żadnej otoczki, częściowo zaś guz, jak pokazuje się — bardzo kruchy, rozgniatał się, i wtedy było widać, że wewnątrz jest on barwy żółtawej, jednostajny, słabo unaczyniony. Sposobem Kuźniecowa L. stopniowo zawiązywał wątrobę grubą nitką jedwabną i guz wraz z warstwą wątroby odcinał. Idąc w ten sposób, odciął guz zupełnie, następnie wyosobnił szyję pęcherza żółciowego, zawiązał ją, i odciął pęcherz wraz z guzem. Krwawienie względnie nieznaczne. Wobec dużego braku w wątrobie o zaszyciu rany w niej nie było mowy. L. włożył worek Mikulicza; resztę rany zaszył. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Rana powoli zagaja się bez powikłań. Stan chorego trzyma się nieźle. Obecnie już chodzi. Ciepłota ciała na razie opadła, ostatnio znów powróciła do 38° i wyżej. Badanie guza, wykonane przez D-ra M. Zielińską, wykazało, że ma się do czynienia z mięsakiem limfatycznym (lymphosarcoma).

Przechodząc od opisanego przypadku i okazu do uwag ogólnych, Leśniowski zaznacza, że w piśmiennictwie napotyka się bardzo mało danych odnośnie mięsaka wątroby, i są one na ogół chaotyczne. Wiadomości nasze o nowotworach wątroby datują się od 100 lat; przedtem brano nowotwory wątroby za marskość tejże, za kilaki, za ropnie. Dopiero w roku 1812 Bayle i Cyol wyodrębnili raka wątroby z pośród innych chorób tego narządu; od owego czasu zaczęto bardziej dokładnie studyować nowotwory wątroby.

Mięsaki wątroby są naogół o wiele rzadsze, niż raki wątroby. Mięsaki wątroby, zarówno jak i raki, dają się podzielić na mięsaki pierwotne i mię-

saki wtórne. Długi czas panowało przekonanie, że mięsaki wątroby są cierpieniem wyłącznie wtórnem. Langenbuch, pisząc swoją rozprawę doktoryzacyjną przed 45 laty, twierdził, że nie istnieją pierwotne mięsaki wątroby. Tymczasem w dziele swym o chorobach wątroby, wydanem po upływie 30 lat od owego czasu, żałuje, że wypowiedział owo zdanie, i mówi, że istnieją pierwotne mięsaki wątroby, jakkolwiek są one mniej liczne, niż napotykane w piśmiennictwie, gdyż w części tych przypadków po dokładniejszem zbadaniu znaleziono pierwotne ognisko bardzo małe, umieszczone głęboko w jakimś narządzie wewnętrznym, np. w oku.

Pierwotne mięsaki wątroby są na ogół bardzo rzadkie, o wiele rzadsze od mięsaków wtórnych. Pierwotne mięsaki wątroby rozwijają się przeważnie u młodych dzieci, lub w każdym razie — u osobników młodych; spostrzegano je i u noworodków. Znajdujemy wówczas pojedynczy guz, lub w późniejszym okresie powstają dokoła niego mniej lub bardziej liczne. Najczęściej są to guzy wrzecionowato lub okrągłokomórkowe, spostrzegano również w wątrobie krwotoczne okrągłokomórkowe mięsaki, olbrzymiokomórkowe naczyniaste, limfatyczne; rzadziej czerniaczkowe. Szczegółowe badania wykazały, że mięsaki wątroby rozwijają się z tkanki łącznej, mieszczącej się we wnęce wątroby, z tkanki otaczającej większe naczynia krwionośne i przewody żółciowe, wreszcie z tkanki międzyzrazikowej. Nowotwór rozrasta się przeważnie w okolicy naczyń krwionośnych. Tworzą się mniej lub bardziej rozległe guzy, leżące pojedynczo lub w większej liczbie w wątrobie i mogą one dawać przerzuty nazewnątrz wątroby. Ziegler wskazuje, że w tworzeniu mięsaków w wątrobie bierze udział i śródbłonek naczyń krwionośnych.

Wtórne mięsaki wątroby, o wiele częstsze, niż pierwotne, są również częstsze, niż wtórne raki wątroby, co tłomaczy się tem, że rzadsze niż mięsaki są raki w narządach, które pozostają w łączności z żyłą wrotną. Wtórne mięsaki przedstawiają typy najrozmaitsze: wrzecionowatokomórkowe, okrągłokomórkowe, śluzomięsaki, chrzęstniakomięsaki, mięśniakomięsaki, zależnie od ogniska pierwotnego. Dodać należy, że nie napotykano dotychczas w wątrobie kostniakomięsaka; o ile kostniakomięsak daje przerzut do wątroby, bywa on tu jako guzik miękki biały. Względnie często napotykano w wątrobie mięsak czerniaczkowy; pierwotny guz mieścił się wówczas w skórze, oku, odbytnicy, lub odbycie i bywał nieraz bardzo mały.

Jest rzeczą zadziwiającą, że przerzuty te często omijają po drodze płuca i inne wnętrzności, nie pozostawiając po sobie ani śladu.

Powstają w wątrobie guziki okrągłe, lub też tworzą się większe lub mniejsze nacieczenia białe, brunatne lub czarne, w których wskutek równomiernego szerzenia się po naczyniach czasami jeszcze długo udaje się rozpoznać układ promieniowaty. Guzy i nacieczenia kombinują się z sobą dość często. Wątroba, dotknięta przerzutami mięsaka, może być niezwykle duża. Rzadko spostrzega się tu zagłębienie pępkowate, jak w raku, o wiele częściej guziki mięsakowe wypuklają się kulisto na powierzchni wątroby.

Pojedyńczy guz przerzutowy do wielkości głowy człowieka może dać klinicznie powód do rozpoznania mięsaka pierwotnego.

Przywędrowanie do wątroby komórek mięsakowych odbywa się za

pomocą naczyń krwionośnych; zatrzymując się w naczyniach włoskowatych, komórki rozrastają się stąd, niszcząc miąższ wątroby. Wrzecionowatokomórkowe mięsaki tworzą guzy białawe twarde; szczególnie często bywają one wtórnie w wątrobie po mięsakach tarczycy. Mięsaki okrągłokomórkowe i limfatyczne dają guzy miękkie, białawe, soczyste.

Dodać jeszcze należy, że makroskopowo odróżnić raka wątroby od mięsaka tejże — niepodobna; rozstrzygnąć sprawę może jedynie mikroskop.

Opis przebiegu klinicznego mięsaka wątroby jest krótki, i z małemi zmianami jest on wspólny guzom wątroby i innej natury. Wątroba jest bardzo tolerancyjna, najbardziej poważne zmiany mogą przebiegać w niej niepostrzeżenie, lub dawać objawy zgoła niewyraźne: uczucie ciężaru w nadbrzuszu, przemijające zaburzenia trawienia. Dopiero mocne powiększenie się objętości wątroby, szczególniej zjawienie się głęboko położonego guza, umiejscowionego tuż pod łukiem żebrowym, pozwala z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać nowotwór, usadowiony w wątrobie. I wówczas wypadnie jeszcze wyłączyć guz pęcherza żółciowego, bąblowiec wątroby, ropień tejże, nowotwór nerki. Obecność, lub brak bolesności guza posiada duże znaczenie rozpoznawcze; o ile bowiem „bolesność" przemawia na korzyść cierpienia o charakterze zapalnym, o tyle znów „niebolesność" jest bardziej właściwa nowotworom. Lecz brak bolesności nie pozwoli znów wyłączyć bąblowca, i nie daje żadnej wskazówki odnośnie usadowienia się guza. Tu przychodzą z pomocą inne objawy: ciągłość stłumienia odgłosu wypukowego, poruszanie się guza podczas ruchów oddechowych, badanie na glikozuryę i t. p.

Żółtaczka bywa bardzo rzadko i zjawia się przeważnie w następstwie wyjątkowych okoliczności, jak uciśnięcie przez nowotwór dróg żółciowych, wtórnego zakażenia wątroby i t. p.

Trudniej jest jeszcze rozpoznać istotę guza wątroby; pod tym względem daje pewne wskazówki charakter guza pierwotnego. Ponieważ względnie często napotykają się w wątrobie mięsaki czerniaczkowe, przeto należy w tych razach zawsze badać mocz na melaninę; pozatem należy nie zaniechać zbadać i dno oka. Zjawienie się wtórnego mięsaka czerniaczkowego w wątrobie spostrzegano niejednokrotnie po upływie dłuższego okresu czasu, naprz. kilku lat po wycięciu oka, dotkniętego tą sprawą chorobowa.

Tu należy zwrócić uwagę na spostrzeżenie, że ogniska mięsakowe wtórne są o wiele bardziej złośliwe, niż ogniska pierwotne.

Nareszcie, należy wspomnieć o jeszcze jednym objawie, który, wobec innych danych, może dać wartościową wskazówkę na istotny charakter guza — mianowicie o gorączce, czy to stałej, czy przerywanej; zdaje się, że powstaje ona wówczas, gdy guz mięsakowy lub przerzut tegoż mieści się w narządzie, mającym związek z fabrykacyą krwi. Na ogół jednak rozpoznanie mięsaka wątroby nastręcza przeważnie duże trudności, i bywa robione dopiero podczas wywiadowczego cięcia brzucha.

Co się tyczy leczenia, to w obecnym stanie rzeczy jedynie słusznem leczeniem — jest doszczętne wycięcie ogniska chorobowego. Tu zjawia się pytanie, jakie przypadki mięsaków wątroby nadają się do operacyi. Odpowiadając na pytanie to ogólnikowo, powiedzieć należy, że mięsak wątroby

może być wycięty wówczas, gdy jest on pojedynczy, zupełnie odosobniony, gdy jest tak usadowiony w wątrobie, że jest dostępny dla operatora, szczególniej zaś, gdy jest mniej lub bardziej uszypulony, że wreszcie objętość guza nie przekracza pewnej granicy. Warunkom tym odpowiada przedewszystkiem pierwotny mięsak wątroby w pewnym okresie swego rozwoju. Lecz w pewnych razach odpowiada tym warunkom i mięsak wtórny; wówczas usunięcie ogniska pierwotnego, np. guza gałki oka, oraz guza przerzutowego w wątrobie, o ile jest to przerzut jedyny, może uratować chorego. Ponieważ, jak to wyżej wspomniano, ogniska wtórne mięsaka są bardziej złośliwe od ogiska pierwotnego, przeto najpierw należy wyciąć guz wątroby.

Co się tyczy techniki, to, oczywiście, należy wycinać w tkankach zdrowych, możliwie zdala od guza. Tu obowiązują ogólne przepisy chirurgii wątroby. Ponieważ największe niebezpieczeństwo podczas wycięcia wątroby nastręcza krwawienie, przeto na nie należy zwrócić największą uwagę. Żegadło Paquelina może wystarczyć dla zatamowania tego krwawienia w wyjątkowych razach; zazwyczaj ono nie wystarcza

Z innych sposobów wymienić należy proponowane przez Kochera nakładanie na wątrobę powyżej linii cięcia dużego kocherowskiego zaciskadła, używanego w operacyi wycięcia żołądka. Istotnie, zaciska ono naczynia krwionośne, po zmiażdżeniu miąższu wątroby, zupełnie wystarczająco, lecz sposób ten ma te ujemne strony, że po pierwsze, nie we wszystkich przypadkach guzów wątroby da się zastosować, po wtóre — wymaga on pozostawienia zaciskadła w ranie na 2 — 3 dni, co jest w najwyższym stopniu niedogodne. Tych ujemnych stron jest pozbawiony sposób Kuźniecowa-Penskyego, polegający, jak wiadomo, na obkłuwaniu wątroby powyżej linii cięcia za pomocą długich tępych igieł i grubej podwiązki, która wiązana — przecina miąższ wątroby, lecz doskonale zamyka niepodatne naczynia krwionośne.

Sposób Payra tem różni się od sposobu Kuźniecowa, że podkłada on na linii podwiązek dziurkowane płytki magnezyowe, przeciąga przez odpowiednie otwory nici, zawiązując je — zbliża ku sobie płytki i zaciska w ten sposób naczynia. Mniej pewnym wydaje się sposób Müllera, który nastrzykuje do wątroby powyżej linii cięcia $1^0/_{00}$ roztworu adrenaliny; przecinając obezkrwioną w ten sposób tkankę wątroby, z łatwością widzi się duże naczynia, które można ujmować i podwiązywać. Lecz po sposobie tym należy obawiać się wtórnego krwotoku z mniejszych naczyń krwionośnych. Dodać należy, że niektórzy z operatorów dla czasowego zatamowania krwi z wątroby w czasie operacyi zaciskali wątrobę rurą gumową. Innych szczegółów operacyi, jako powszechnie dobrze znanych, L. nie dotyka.

Dotychczasowe wyniki zresztą nielicznych operacyi wycięcia mięsaków wątroby, o ile można sądzić z piśmiennictwa, nie są świetne, prawdopodobnie dla tego, że były to przeważnie przypadki bardzo daleko posunięte.

Należy jednak mieć nadzieję, że o ile uda się wydoskonalić z jednej strony sposoby wczesnego rozpoznawania, z drugiej strony — technikę ope-

rowania mięsaków wątroby, wyniki operacyi natychmiastowe i ostateczne będą coraz lepsze.

4. *Czarkowski J.* Pokaz preparatu raka pęcherza żółciowego i dużego odcinka wątroby, który został usunięty u chorej 52-letniej kobiety.

Operacya wykonana w połowie kwietnia z. r., a chora zauważyła guz na 3 miesiące przedtem. Badanie wykazało guz pęcherza żółciowego wielkości pięści, i guz ten wyraźnie przechodził na wątrobę. Rozpoznano nowotwór złośliwy. Operacyę wykonano w uśpieniu eterowem. Wycięło pęcherz żółciowy wraz z ogromnym kawałem prawego zraza wątroby. Podwiązywano zmodyfikowaną igłą Deschampa bez żadnego krwawienia.

Zagojenie bez powikłań po dwóch tygodniach. Lecz, niestety, po 3-ch miesiącach wznowienie się nowotwru.

Chociaż technicznie rezekcya wątroby nie przedstawia wielkich trudności, lecz stosowanie tego zabiegu w złośliwych nowotworach, szczególnie przerzutowego pochodzenia, winno być stosowane bardzo oględnie ze względu na łatwe i szybkie nawroty.

Oderfeld 3 razy wykonał wycięcie wątroby, wprawdzie z innego wskazania, miał jednak możność przekonania się, że metoda Kuźniecowa i Pęskyego dominuje dziś nad wszystkiemi innemi. Istnieje kilka modyfikacyi tej metody (Auvray i Tessier), polegających tylko na nakładaniu w odmienny sposób pętli i węzła, istota jednak metody pozostaje ta sama — ucisk za pomocą oddzielnych podwiązek tkanki łącznej wraz z naczyniami. Używać należy wyłącznie igieł tępych, gdyż tylko takie nie ranią naczyń krwionośnych.

W głębi, gdzie dostęp jest trudny, można, po obcięciu klina wątroby w częściach podwiązanych, resztę wyciąć wśród nawet pewnego krwawienia, ale szybko uchwycić Péanami oddzielne naczynia i podwiązać je.

Ciechomski po wycięciu nawet dość dużych kawałków wątroby nakładał jedynie zwykły szew z b. grubego katgutu rzadki i umiarkowanie wiązany; szew zapobiegawczy (Kuźniecowa-Pęskyego) ma słuszność przed wycięciem dużych części wątroby.

Aby zapobiedz późniejszym krwawieniom wątroby wobec przewlekłej żółtaczki, częstokroć niepohamowanym i nader groźnym dla życia operowanych, C. natychmiast po operacyi, wymagającej przecięcia lub usunięcia części wątroby, szedł za radą Wrighta i wlewał do odbytnicy 3 — 4 razy dziennie po 1,0 Calcium chloratum w rozczynie.

Horodyński zaznacza, że normalna wątroba krwawi obficie, jak to widzimy podczas zabiegów w przypadkach urazowych. Chirurgowie, utrzymujący, że wątroba podczas rezekcyi krwawiła mało, operowali prawdopodobnie w tkankach chorobowo zmienionych.

Oderfeld od 4-ch lat stale stosuje 10% Calcium chloratum, 4 łyżki dziennie przed każdą operacyą na drogach żółciowych, u chorych dotkniętych żółtaczką, i ani razu nie miał następczego krwotoku.

Borsuk wspomina o zalecanym przez jednego z autorów sposobie tamponowania krwawienia z wątroby przez przyszycie do miejsca tego sieci.

BR SZERSZYŃSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 24 listopada 1911 r.

1. *Grzankowski* przedstawił chorą, operowaną w oddziale ginekologicznym Szpitala Dzieciątka Jezus z powodu krwiaka macicznego i braku pochwy — metodą pochwową.

17-letnia Bronisława S., córka gospodarza z pod Warszawy, niezamężna, przed 4-ma miesiącami dostała silnych bólów w dole brzucha, które z przerwami trwały około 2-ch miesięcy; po tygodniowej pauzie bóle ponowiły się przed tygodniem, i trwały do przybycia do szpitala. Oddawanie moczu było utrudnione i bolesne.

Wzrostu małego, budowy prawidłowej, w stanie podgorączkowym.

Przez powłoki brzuszne wyczuwa się twardy, napięty guz, sięgający do pępka, a na stronie lewej nieco wyżej: guz ten przechodzi po za linię środkową na lewo na 4 palce poprzeczne, na prawo na 2½ palca.

Dolna połowa guza jest więcej wypuklona, niż górna, przy badaniu przez odbytnicę z trudnością wprowadzamy palec z powodu wypuklenia ściany przez guz.

Pod cewką moczową niema ani otworu, ani zagłębienia, a zaraz zaczyna się krocze.

Mocz o odczynie kwaśnym, mętny (około 50 krwinek białych w polu widzenia).

D. 30 maja r. b. W uśpieniu chloroformowem pod kontrolą palca w odbytnicy i cewnika w cewce rozcięto krocze pod cewką, i oddzielono stale nożem na przestrzeni 5 cm. odbytnicę od cewki i pęcherza.

Na tej głębokości można było wyczuć palcem wypuklający się guz o grubych ścianach.

Z guza wydobyto szprycą płyn krwawy; otwór ten rozszerzono do № 15 rozszerzacza Hegarowskiego, i włożono pasek gazy jodoformowej do wnętrza guza.

Z guza wyciekła znaczna ilość ciemnej, gęstej krwi, ale na razie guz zmalał nieznacznie.

Po operacyi w ciągu tygodnia stan był podgorączkowy, jak przedtem, i stale wypływała ciemna krwawa ciecz przez sztuczny otwór pochwowy. Guz zmniejszał się codziennie o 1 — 2 palców poprzecznych; po tygodniu sięgał tylko na 3 palce ponad spojenie łonowe, przechodził na 1½ palca na lewo po za linię środkową, i był wielkości jaja gęsiego.

W ciągu miesiąca trzykrotnie rozszerzono otwór w samym guzie, robiąc za każdym razem cięcia kilkomilimetrowe samego otworu.

Po miesiącu od czasu operacyi przy badaniu przez odbytnicę stwierdzono w okolicy macicy twór wielkości dużego jaja kurzego; z górnej po-

wierzchni jego odchodziły dwa guzy (dwa rogi) niejednakowej grubości; lewy grubości 2 poprzecznych palców, długości 3 poprzecznych palców; prawy o połowę cieńszy i krótszy.

W ciągu następnego miesiąca przepłukiwano co kilka dni dolny odcinek dwurogiej macicy rozczynem kwasu bornego przez cewnik dla usunięcia nadmiernie gromadzącego się śluzu, czasami bardzo gęstego, i zatykającego otwór maciczny.

Potem tamponowano gazą jodoformową wytworzony kanał pochwy w celu rozszerzenia górnej części lejkowato zwężającej się pochwy, i osiągnięto takie rozszerzenie, że palec z łatwością przechodził do końca pochwy i można było wyczuć otwór maciczny średnicy 3 mm. Długość wytworzoi nego kanału pochwowego wynosiła 6 cm., ściany były gładkie, dość podatne, nie robiąc wrażenia blizny. Kanał, zwężając się ku górze, przechodził bezpośrednio w otwór maciczny.

Części pochwowej macicy nie było. Macica, nie licząc rogów, miała długość około 6 cm. z wyraźną przegrodą środkową. Róg lewy był grubości małego palca, długości około 5 cm., i róg prawy cieniutki tylko w postaci pasma, idącego od macicy ku górze.

Był to więc uterus bicornis unicollis sine portione vaginali.

Po 3 miesiącach od czasu operacyi chora dostała pierwszej miesiączk- trwającej 3 dni, i w kilka tygodni potem wypisała się zdrowa.

Przed laty 9 Grzankowski operował w oddziale chorą z krwiakiem macicznym i zarośnięciem pochwy tą samą metodą.

16 letnia Jadwiga W. przybyła z guzem macicy, sięgającym pod pępek, z objawami dolegliwości miesiączkowych (molimina menstrualia) i z zarośniętą pochwą.

Po rozcięciu krocza pod cewką i oddzieleniu cewki od kiszki, na głębokość 1½ cm. natrafił na zlepiony kanał szczątkowej pochwy.

Ściany tego kanału rozdzielił palcem na przestrzeni 5½ cm. Zewnętrzny brzeg tego kanału połączył kilkoma szwami z błoną śluzową sromu i cewki. Wytworzony kanał tamponowano w celu rozszerzenia i uprzystępnienia guza macicy od dołu.

Potem przekłuto (kol. Staniszewski) guz przez kanał pochwowy i wypuszczono płyn krwawy ciemny.

Po 6 tygodniach od czasu operacyi chora miała pierwszą miesiączkę, trwającą 7 dni.

Badanie przed wypisaniem jej wykazało pochwę, szeroką na 2 palce poprzeczne, i długości 5 cm.; część pochwową w postaci warg macicznych; kanał szyi, przepuszczający palce do ujścia wewnętrznego i macicę prawidłowej wielkości, w przodozgięciu, ruchomą.

(Streścił autor).

2. *Neugebauer* przedstawił oryginalną zawartość torbieli skórzastej jajnika. Preparat dla osobliwości zabrał z kliniki profesora Rosnera w Krakowie. Operacyi otwarcia jamy brzusznej dokonał asystent kliniczny Dr. Schlank. Po otwarciu jamy brzusznej usunięto najprzód torbiel skórzastą jajnika prawego wskutek skręcenia szypuły, mocno zrośniętą z przednią ścia-

ną brzuszną. Podczas oddzielania torbieli ze zrostów pękła ona, wylał się wtedy z torbieli maziowaty płyn żółtawej barwy. Po usunięciu tej torbieli, wydobyto z jamy Douglasa drugą mniejszą torbiel skórzastą, mianowicie torbiel lewego jajnika. Torbiel wydobyto całą. Gdy ją rzucono przypadkiem na podłogę, torbiel pękła, a z niej wysypała się na podłogę masa szarawych miękkawych kuleczek różnej wielkości, od wielkości prosa do wielkości groszka. Kuleczki te można było między palcami ścisnąć jak wosk, zachowywały one wtedy kształt, przez ucisk im nadany. Gdy kulki rozsypały się po podłodze, jedna z posługaczek zawołała: „Panie doktorze, groch!“

Neugebauer pozbierał szereg tych osobliwych kulek z podłogi, wsypał do flaszeczki, i nalał formaliny. Otóż dziś demonstruje ten osobliwy sposób koagulacyi tłuszczu pierwotnie płynnego. Profesor Rosner oświadczył, że po raz pierwszy napotyka tego rodzaju twór. Neugebauer przytacza, że już Olshausen w monografii swojej o chorobach jajnika, wydanej w 1877 w podręczniku chorób kobiecych, wydawanym pod redakcyą Billrotha, wspomina o takich kulkach tłuszczowych. Rokitansky pierwszy opisał tego rodzaju kulki tłuszczowe w torbieli skórzastej jajnika, naliczył on kulek takich około 70, składały się one z warstwy obwodowej tłuszczu, zawierając jako jądro — kryształy cholestearyny, i tu i owdzie włos. Rokitansky przypisywał przyczynę powstania tych kulek temu, że torbiel była skręconą dokoła osi swojej. Wskutek skręcenia szypuły torbieli nastąpił wylew krwi do wnętrza torbieli i przesiąkanie, wskutek czego masa tłuszczowa została ścięta w postaci tych kulek wielkości groszka lub mniejszych. Podobne spostrzeżenie Routha opisał Spencer-Wells.

Gebhard w swojej anatomii patologicznej organów płciowych kobiecych, wydanej w roku 1899, podaje na stronicy 369, że na 107 dermoidów osobiście tylko dwa razy napotykał tego rodzaju koagulacyę tłuszczu dermoidalnego; niektóre kulki miały wielkość jaj gołębich, inne wielkość orzeszków leśnych.

Najtrafniej określił przyczynę tworzenia się tych kulek Olshausen: chodzi tutaj o rodzaj wytwarzania się masła przy obecności tłuszczu oraz jakiegokolwiek płynu, z tłuszczem się nie mieszającego. Drobne krople tłuszczu, tworzące pierwotnie rodzaj zawiesiny, wskutek ruchów chorej zlewają się po kilka razem, tworząc kulki większe.

Płyn zaś obcy nie zezwala na to, aby i te większe z sobą się zlewały w jedną masę.

Gebhard przypuszcza, że warunki takie powstają wtedy, jeśli do wnętrza torbieli skórzastej dostanie się płyn z jakiej innej zwykłej torbieli jajnika o zawartości wodnistej lub kolloidalnej, a więc po powstaniu komunikacyi między niemi.

Neugebauer sądził, że taka koagulacya kulkowa tworzy się dopiero po wyjęciu torbieli skórzastej z jamy brzusznej i po ostygnięciu jej wobec chłodniejszej temperatury na zewnątrz jamy brzusznej. Gebhardt jednak pisze, że musi zachodzić tutaj osobliwa krzepliwość tłuszczu, ponieważ kulki te wytwarzają się w torbieli skórzastej już w czasie, gdy ona jeszcze leży w jamie brzusznej, czyli że kulki tworzą się w ciepłocie ciała, podczas gdy

zwykle tłuszcz dermoidalny pozostaje płynny i krzepnie dopiero po ostudzeniu, po wyjęciu torbieli z ciepłej jamy brzusznej.

O ile Neugebauerowi wiadomo, u nas ś. p. Karczewski raz natrafił na tego rodzaju koagulacyę tłuszczu dermoidalnego u pacyentki, skierowanej do oddziału przez kol. Nowackiego.

Neugebauer kilka kulek oddał do zbadania chemicznego i drobnowidzowego.

Ś. p. Matlakowski pierwszy demonstrował w Tow. Lekarskiem taki sam przypadek.

(Streścił mówca).

3. Następnie *Neugebauer* przedstawił zebraniu 21-letnią pannę, starozakonną, o płci wątpliwej, którą już zna cztery lata. Pannę tę w roku 1908 skierował do niego Dr. Mikucki z Ternówka dla ścisłego zbadania płci. Fajga K. już 9 roku życia zdradzała skłonności męzkie, od czterech lat sama zaczęła poczuwać się do przynależności do płci męzkiej, i obecnie żąda zmiany metryki żeńskiej na męzką, opierając się na tem, że nie posiada organów płciowych kobiecych, i że odczuwa popęd płciowy męzki, na kobiety skierowany.

Niejednokrotnie próbowała ona stosunku płciowego w roli mężczyzny z kobietą, pomimo, że stosunek taki nie mógł odbywać się prawidłowo z powodu nieprawidłowości rozwoju narządów płciowych. Osobnik wzrostu średniego, o wyglądzie męzkim. Twarz o wyrazie męzkim, włosy na głowie długie po kobiecemu splecione, zarost na twarzy męzki tak bujny że osobnik ten goli się co kilka dni. Krtań i głos męzkie. Sutek niema ani śladu. Ręce i nogi duże męzkie, barki szerokie, męzkie, typ oddechu brzuszny, męzki. Włosów pod pachą nie widać wcale. Owłosienie sromu kobiece i skąpe. Penis hypospadiaeus in statu quietis około 4 cm. długości, podczas erekcyi częstych — według opowiadania osobnika tego — znacznie się powiększa; libido sexualis masculina żywa. Osobnik ten w towarzystwie kobiet odczuwa popędy męzkie bardzo silne. Masturbatio frequens. Badanie drobnowidzowe wydzieliny płciowej, którą dany osobnik zebrał na szkiełku od zegarka, nie ujawniło na razie obecności plemników. Poniżej penis hypospadiaei widać mosznę w górnej połowie rozszczepioną, oraz otwór cewki moczowej. Odruchu cremasterum niema. Pozorne wargi sromowe większe kobiece próżne, małych warg niema, można jednak je w stanie szczątkowym upozorować, rozciągając wrzekome wargi sromowe większe. Crura clitoridis hypertrophicae (penis hypospadiaei) mogą wywołać wrażenie pozornych szczątkowych małych warg sromowych.

Badając przez odbytnicę, wymacuje się w linii pośrodkowej szczątkowy jakiś twór, jakby szczątki zarodkowej macicy. Neugebauer jednak nie podejmuje się bliższego określenia natury tego szczątkowego organu, nie wyłączając tego, że chodzi o szczątkowo wytworzony gruczoł krokowy. Gruczołów płciowych przez odbytnicę, ani przez macanie dwuręczne nie sposób wykryć, również daremnie szuka się powrozów nasiennych. Zdaje się, że chodzi o wnętrostwo obustronne, być może — cum agenesia glandularum sexualium, a być może — w towarzystwie szczątkowej macicy, której istnie-

nie mogłoby wyjaśnić obustronne wnętrostwo. Osobnik ten żąda zmiany metryki. Neugebauer sądzi, że żądaniu jego sąd okręgowy powinien zadosyćuczynić pomimo, że nie stwierdzono obecności jąder, ani plemników w wydzielinie sub masturbatione wydzielonej. Charakter duchowy, a szczególnie psychoseksualny danego osobnika stanowczo uważać należy za męzki. Gdyby się ten osobnik zgodził na zabieg chirurgiczny w celu rozpoznania płci wątpliwej, Neugebauer podjąłby się tej operacyi—rozpoznawczego cięcia brzucha w celu stwierdzenia, jakie dany osobnik posiada w jamie brzusznej gruczoły płciowe—być może w stanie agenezyi takiej, że pomimo wycięcia kawałka gruczołu płciowego dla zbadania drobnowidzowego płeć pozostanie nierozstrzygnięta. W każdym razie zaś Neugebauer sądzi, że władza powinna uwzględnić żądanie danego osobnika zmiany metryki na męzką wobec jego pełnoletności, ponieważ on osobiście czuje się mężczyzną, nie posiadając żadnej cechy anatomicznej kobiecej prócz kobiecego owłosienia sromu, oraz pozornego sromu, powstałego wskutek hypospadiaseos peniscrotalis.

Łatwiej byłoby rozstrzygnąć sprawę płci wątpliwej, gdyby in scroto fisso leżały jądra. Wnętrostwo przypuszczalne utrudnia rozpoznanie płci w danym przypadku. Osobnik ten jest 63-ci z rzędu o płci wątpliwej, lub też mylnie określonej w osobistej kazuistyce Neugebauera od roku 1894. Dr. Mikulski osobnika tego w roku 1908 przedstawiał w Tow. Lekarskiem w Humaniu, jeden z chirurgów na Podolu chciał podjąć się pewnej operacyi u danego osobnika, jakiej mianowicie, o tem kolega Mikulski w liście swoim do Neugebauera nie wspominał.

(Streścił mówca).

4. *Leśniowski* wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do leczenia ropniaków jajowodów". Rzecz ta wydrukowana jest w niniejszym zeszycie „Przeglądu Chir. i Ginekol."

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 29 grudnia 1911 r.

1. *Huzarski* przedstawił okaz, stanowiący przyczynek do sprawy współistnienia nowotworów w sferze płciowej kobiety. Okaz pochodzi od pacyentki, u której rozpoznano mięśniak macicy i skręconą torbiel lewego jajnika. Chora zaczęła gorączkować na tydzień przed przybyciem do Zakładu. Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono torbiel lewego jajnika, zrośniętą z kiszkami, którą po oddzieleniu zrostów usunięto; następnie dokonano nizkiej nadpochwowej amputacyi macicy. Ponieważ torbiel przy oddzielaniu zrostów z kiszkami pękła, a część ropnej zawartości dostała się do jamy brzusznej, przeto włożono do jamy Douglasa 3 paski suchej gazy, których końce wyprowadzono przez ranę brzuszną nazewnątrz. Przebieg pooperacyjny z początku był niezły, po kilku jednak dniach chora zaczęła gorączkować, szczególniej wieczorami; z jamy brzusznej wydzielała się obficie ropa. W ciągu tego czasu chora miała 2 razy lekki napad sercowy. W 3 tygodnie po operacyi chora nagle dostała napadu duszności i bólu w okolicy serca przy drobnem tętnie. Rozpoznano zapalenie mięśnia sercowego.

Po 7-dniowem trwaniu tych groźnych objawów, przy odpowiedniem leczeniu stan zaczął poprawiać się, gdy nagle 8 dnia wystąpiła duszność i sinica, chora straciła przytomność i w objawach zatoru (embolia) zmarła. Przy rozpatrywaniu okazu widzimy, że mamy przed sobą dużą mięśniakowatą macicę z dodatkowymi małymi mięśniakami, amputowaną nadpochwowo, a dalej — pękniętą torbiel jajnikową; jajowód mocno zgrubiały jest przyrośnięty brzusznym swym końcem do obwodu torbieli, światło jajowodu łączy się za pomocą małego otworku z jamą torbieli; mamy więc do czynienia z tak zwaną torbielą jajowodowojajnikową. Rosthorn dzieli torbiele jajowodowojajnikowe na 2 grupy: do pierwszej grupy zalicza takie torbiele, w których istnieje w ogólności połączenie pomiędzy jamą w jajniku a światłem jajowodu; są to torbiele jajowodowojajnikowe w obszerniejszem znaczeniu; do drugiej grupy zalicza te, w których jajnik i jajowód przyjmują udział w budowie torbieli, są to torbiele jajowodowojajnikowe w ciaśniejszem znaczeniu; nasza torbiel należy do pierwszej grupy Rosthorna. W końcu H. wypowiedział kilka uwag co do wczesnego operowania mięśniaków macicy, gdyż w późniejszym okresie występują zmiany ze strony mięśnia sercowego, co pogarsza rokowanie.

(Streścił mówca).

2. *Lebensbaum* omawia przypadek rozlanego zapalenia otrzewnej, który ze względu na swój dosyć rzadki pomyślny wynik zasługuje na uwagę.

Dnia 4 b. m. wieczorem Lebensbaum wezwany został do 19-letniej X, od 9 miesięcy rozwódki, z powodu silnej gorączki i krwawienia z pochwy. Na miejscu L. dowiedział się od pacyentki, że jest chora od paru dni, peryody miewała prawidłowe co 4 tygodnie, i że gdy tym razem peryod zatrzymał się na przeciąg około 8 dni, dla wywołania go chciała sobie poradzić w następujący sposób: tępy koniec szpilki od kapelusza, po wykręceniu główki, owinęła cienką warstwą waty i „tampon" ten (jak wyrażała się pacyentka) po palcu wprowadziła do kanału macicznego; gdy uczuła gwałtowny ból w dole brzucha, pospiesznie wyciągnęła szpilkę — manewr ten powtórzyła jeszcze raz przed dwoma dniami, doznając przytem również silnych bólów. Prócz tego chora robiła sobie przestrzykiwania pochwy wodą z jodyną (około 50 kropli na irygator). Po pierwszym zabiegu ukazało się nieco krwi z pochwy. Od 2-ch dni gorączkuje, i skarży się na silne bóle w dolnej części brzucha. Wypróżnienie prawidłowe.

Pacyentka wybornie odżywiona. Ciepł. 39,8, tętno 130. Brzuch wzdęty, w dolnej części bolesny. Z pochwy wypływa ciecz bladoróżowa. Badanie wewnętrzne: macica powiększona w przodozgięciu, ujście maciczne zamknięte, sklepienia bolesne. Lebensbaum zalecił opium, lód. Nazajutrz o godz. 12-ej w poł. przy powtórnem odwiedzeniu chorej L. zastał ją w łóżku w pozycyi siedzącej, znakomicie usposobioną, ciepł. 37,0, tętno 72, skierował ją do lecznicy dla dalszej obserwacyi, wzgl. celem dokonania wyłyżeczkowania macicy. Tegoż dnia chora kilkakrotnie doznawała gwałtownych bólów brzucha, wieczorem wzmogły się w b. wysokim stopniu, zjawiła się czkawka, około 10 wiecz. ciepłota podskoczyła do 39,4. Nazajutrz rano

ciepł. 39,8, tętno 130, brzuch wzdęty, najmniejsze dotknięcie sprawia chorej dotkliwy ból, z pochwy sączy się żywo czerwona krew, w ciągu dnia wystąpiły wymioty. Następnego dnia, t. j. 7 grudnia objawy otrzewnowe wystąpiły w całej swej grozie. Twarz zapadła. Ciepł. 39,5, t. 130, czkawka prawie nieustająca, b. często wymioty żółciowych mas, brzuch bębenkowato wzdęty i napięty, tępość wątroby znikła, obecności płynu w jamie brzusznej stwierdzić nie udało się. Oględziny pochwy przy pomocy wziernika żadnego uszkodzenia nie wykazały, badanie zaś stwierdziło nadzwyczajną bolesność sklepień, zwłaszcza tylnego. Gdy stan chorej z każdą godziną pogarszał się i było oczywiste, że od dalszego wyczekującego zachowania się można było tylko spodziewać się fatalnego zejścia, Leb. postanowił przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i — w razie znalezienia tam płynu — wypuścić takowy, jamę przedrenować, wzgl. po usunięciu całkowitem lub częściowem narządów płciowych, gdyby się okazała potrzeba; w przeciwnym razie ograniczyć się na wyłyżeczkowaniu macicy niezwłocznie po laparotomii. Po przemyciu żołądka, Leb. dokonał w uśpieniu skopolaminowomorfinowem (0,0003 : 0,01) i eterowem cięcia brzusznego poniżej pępka, długości około 8 cm., a gdy po otworzeniu otrzewnej zaczął wylewać się z niej płyn ropiasty, przedłużył takowe o 4 cm. Okolica wyrostka robaczkowego okazała się niezajętą. Po osłonięciu silnie przekrwionych i częściowo pokrytych włóknikiem jelit serwetami, Leb. usunął za pomocą suchych gazików dużą ilość ropy, której główny skład znajdował się w jamie Douglasa. Po możliwie dokładnem wysuszeniu jamy otrzewnej, Leb. szukał skrupulatnie jakiegoś uszkodzenia macicy, zajęcia przydatków i t. d.—takowego znaleźć nie udało się: jajowody były pokryte włóknikiem, najwięcej zaś tego ostatniego było na przedniej powierzchni macicy, która przedstawiała się jakby płaszczyzna śnieżna. Po ostrożnem wyjęciu serwetek, osłaniających kiszki, Leb. znalazł ku wielkiemu swemu przerażeniu i w górnej części brzucha pomiędzy kiszkami ropę, i tę postarał się możliwie jaknajwięcej za pomocą suchych gazików wybrać. Następnie Leb. wprowadził 4 paski gazy białej: do Douglasa, do okolic lędźwiowych, również i sączek gumowy—przeciwotworu nie robił. Po częściowem zeszyciu rany brzusznej Leb. przystąpił do wyłyżeczkowania macicy, z której wydobył zmienione jaje płodowe. Wstrzyknięcie około 500 gr. roztworu fizyologicznego z dodaniem 4 kropli adrenaliny zakończyło operacyę.

Przebieg pooperacyjny w pierwszym tygodniu był niezwykle ciężki. Przytomność przez pierwsze trzy doby zaćmiona, (chorej wyszły one dotąd zupełnie z pamięci). Wzdęcie brzucha znikło dopiero po 5-ciu dniach, wymioty trwały 4 dni, czkawka ustąpiła 3-go dnia, również 3-go dnia po lawatywie zaczęły odchodzić pierwsze wiatry, potem pojawiło się pierwsze wypróżnienie. 4-go dnia zaczęło się rozwolnienie po kilkanaście razy na dobę, stolce składały się z dosyć obfitych płynnych bardzo cuchnących mas—oddawała je z początku bezwiednie pod siebie—stan ten nie dawał się niczem zwalczyć (ol. ricin. opium, bismut i t. d.); ustąpił dopiero po 9 dniach. Ciepłota najwyższa 38, tętno około 110. Leczenie pooperacyjne polegało na wstrzykiwaniu pod skórę co godzina ol. camphor., codziennem wstrzykiwaniu pod skórę 500 gr. roztworu fizyologicznego soli z dodaniem 4 kropli

adrenaliny przez 9 dni z rzędu, dawaniu digalenu pod skórę i do wewnątrz, przez pierwsze 2 noce pantopon 0,02 podskórnie. Paski gazy i dren gumowy zaczęto usuwać po jednym od 6-go dnia po operacyi. Obecnie (3 tygodnie po operacyi) chora czuje się dobrze, je i sypia doskonale, rana pooperacyjna pokryta zdrową ziarniną, ropy wydziela się dość dużo, ale coraz mniej. Kanał, powstały po drenowaniu, ma około 12 cm. długości.

(Streścił mówca).

W dyskusyi Huzarski wypowiada przypuszczenie, że chora była w ciąży od kilku dni, wprowadzając szpilkę przedziurawiła szyję macicy i dostała się do przymacicza i w ten sposób wywołała całą sprawę.

Czarkowski Józef popiera najzupełniej wczesne operowanie zapaleń ropnych otrzewnej, powstałych po porodach, poronieniach i sztucznych obrażeniach macicy, i jest przekonany, że wczesne operacye uratowały dużo chorych, skazanych na śmierć. Następnie przypomina o nowych metodach postępowania w ropnych rozlanych zapaleniach otrzewnej, polegających na tem, że po wypłukaniu za pomocą szklanych szerokich sączków całej jamy brzusznej, o ile niema otorbionych ropni, które trzeba sączkować gazą i sączkami, zaszywać otwory operacyjne albo doszczętnie, albo pozostawiać niewielkie.

Altkaufer Henryk sądzi, iż w przypadku Lebensbauma nie należało po dokonaniu cięcia brzusznego robić wyłyżeczkowania jamy macicy. Nie ulega wątpliwości, że punktem wyjścia zakażenia otrzewnej w przypadku, przytoczonym przez Lebensbauma, była jama macicy. Leb., otworzywszy jamę brzuszną, uwolnił ustrój chorej od masy drobnoustrojów i toksyn — wyłyżeczkowując zaś macicę, poruszył wielką ilość uformowanych już dobrze skrzepów, otwierając w ten sposób nowe wrota dla drobnousrtojów, znajdujących się w zakażonej jamie macicy. Sprawa łyżeczkowania zakażonej jamy macicy nie jest dotychczas rozstrzygnięta, gdyż jedni autorowie radzą usuwać pozostałe zakażone resztki za pomocą łyżeczki, inni zaś—są stanowczymi przeciwnikami pomienionego zabiegu. W ostatnich czasach wszakże autorowie (Winter) znowu przestrzegają w omawianych przypadkach przed łyżeczkowaniem jamy macicy, radząc usuwać resztki, pozostałe w macicy, przy pomocy palców, albo też — zależnie od rodzaju przypadków— zalecają przepłukiwanie jamy macicy płynami odkażającymi.

(Streścił autor).

Natanson jest zdania, że moment mechaniczny w sprawie traktowania ropienia w jamie brzusznej niesłusznie wysuwany jest na pierwszy plan. Najważniejszym momentem jest siła zakaźna drobnoustrojów, której, niestety, podczas operacyi określić nie możemy. Dlatego też w postępowaniu naszem powinniśmy kierować się przypuszczeniem, że siła zakaźna drobnoustroju jest znaczna, i starać się odłączyć część zdrową jamy brzusznej od pola operacyjnego za pomocą serwet i wyłuszczać worek ropny w całości. W każdym przypadku ropienia w jamie brzusznej należy sączkować bądź sączkiem gumowym, bądź gazą, jednak używanie większych ilości gazy nie daje lepszych wyników, niż małych. Natanson przypuszcza, że sam fakt nie-

zamknięcia jamy brzusznej, nie zaś wielkość otworu, wzgl. ilości gazy, decyduje o sile obronnej otrzewnej.

Leśniowski wypowiada się przeciwko wymywaniu ognisk ropnych, czy septycznych, położonych w jamie otrzewnej, wymywanie takie żadnego celu niema, chyba że mamy jakieś ciała obce — kał, słomę, cząstki ubrania, natomiast może ono rozrywać zrosty, roznosić zakażenie po reszcie jamy otrzewnej. Przemawia na korzyść tak zwanego „sączkownia", a właściwie na korzyść „odgraniczania" jamy zakażonej od reszty jamy otrzewnej — za pomocą obfitego wypychania owej jamy suchą niewsiąkającą gazą wyjałowioną.

Lebensbaum w odpowiedzi Czarkowskiemu, który twierdzi, że w danym przypadku miało miejsce zapalenie otrzewnej ograniczone, zaznacza, że ropa znajdowała się nietylko w jamie miednicy, w dolnej części brzucha, lecz i pomiędzy kiszkami t. j. w terenie, który zaraz po otworzeniu jamy otrzewnej osłonięty został serwetkami. Nie ulega wątpliwości, że czekając z operacyą jeszcze 1 — 2 dni miałby do czynienia z przypadkiem rozlanego zapalenia otrzewnej w tym sensie, jak to pojmuje Czar.—t. j. narządy brzuszne pływałyby w ropie.

Co się tyczy zarzutu Altkaufera, że nie należało po laparotomii robić wyłyżeczkowania macicy, to Leb., wychodząc z tego założenia, że macica, czyli jej zawartość, została zakażona, a więc stała się źródłem, czyli drogą dla inwazyi zarazków do ustroju, nie mógł poprzestać li tylko na cięciu brzucha, musiał przystąpić także do opróżnienia macicy po uprzedniem przekonaniu się, że przedziurawienia nie było, łyżeczkę zaś uważał w danym przypadku za najbardziej do tego się nadającą. Rozszerzenie bowiem szyi macicznej w celu wprowadzenia do niej palca wymaga u nierodzącej dużo zachodu (laminaria na 12—24 godz., czyli dodatkowe rozszerzanie innymi rozszerzaczami), dla osiągnięcia zaś celu należy poddać sobie macicę drugą ręką, co przedstawiałoby dla naszej chorej po laparotomii zabieg daleko cięższy i niebezpieczniejszy, niż ostrożne wyłyżeczkowanie macicy.

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos Neugebauer i Stankiewicz Czesław.

3. *Natanson* przedstawia torbiel wielkości 1½ głowy człowieka o ścianach bardzo cienkich i zawartości galaretowatej, pochodzącą od chorej 60-letniej Powiększenie się brzucha nastąpiło w ostatnich miesiącach. Bólów nie było, natomiast stan ogólny pogarszał się wyraźnie, co budziło podejrzenie nowotworu złośliwego. Chełbotanie w jamie brzusznej niewyraźne, granica guza wyczuwalna tylko z lewej strony.

Rozpoznanie przed operacyą wahało się między torbielą jajnika, złośliwie zwyrodniałą, a gruźlicą otrzewnej. Podczas operacyi stwierdzono, że guz był już pęknięty i część galarety leżała w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 26 stycznia 1912 r.

1. *Borysowicz* przedstawił macicę, wyciętą przez pochwę, u kobiety 34-letniej w Zakładzie Ginekologicznym z powodu nieustępujących krwawień i krwotoków.

Cierpienie to rozpoczęło się przed 17 laty, i trwało dotąd z nieznacznemi polepszeniami. W 17 roku życia pacyentka, będąc jeszcze dziewicą, poddała się łyżeczkowaniu wnętrza macicy z powodu ciągłych krwawień i miesiączek tak obfitych, że doprowadzały ją do zemdleń. Badanie narządów płciowych wykazało macicę w prawidłowem położeniu nieco powiększoną, w przydatkach zmian chorobowych nie znaleziono. Wyskrobiny nadzwyczaj obfite, zbadane drobnowidzowo wykazały rozrost błony śluzowej, gruczoły bardzo liczne, rozszerzone, miejscami tworzą małe torbiele, na innych skrawkach uwydatnia się przewaga tkanki międzygruczołowej, mocno nacieczonej leukocytami.

Po tem wyskrobaniu pacyentka znacznie poprawiła się, gdyż 3 miesiące nie miesiączkowała. Po trzech miesiączkach prawidłowych, następne stawały się coraz obfitsze i dłużej trwające, po roku zaś cierpienie odnowiło się w tym samym stopniu, jak przed łyżeczkowaniem. Przy powtórnem wyskrobaniu usunięto taką samą ilość rozłosłej śluzówki, badanie której wykazało już poprzednio zaznaczone obrazy drobnowidzowe.

Po tem drugiem łyżeczkowaniu nastąpiła pewna poprawa, korzystając z której pacyentka wyszła za mąż.

Podczas 9-letniego pożycia małżeńskiego miesiączkowała zawsze bardzo obficie, przerwy międzymiesiączkowe rzadko przechodziły bez odpływów różowych, lub wydzielania się małych czerwonych skrzepów. W 9 tym roku zaczęły się krwawienia obfite z krwotokami miesięcznymi, które zmusiły pacyentkę do udania się, po raz 3-ci, o pomoc operacyjną. Badanie wykazało macicę chrząstkowatą, powiększoną jak w 2½ miesiącu ciąży. Rozpoznano mięśniak trzonu macicy i zaproponowano wycięcie macicy przez pochwę. Ponieważ pacyentka na tę operacyę nie przystała, uskuteczniono więc po raz trzeci łyżeczkowanie z następczą karbolizacyą wnętrza macicy (50% ac. carbolicum—8 razy). Badanie drobnowidzowe usuniętej błony śluzowej wykazało analogiczne zmiany, jak i po poprzednich operacyach. Efekt po tych rękoczynach był nadspodziewanie dobry, przez dwa lata miesiączka zupełnie zatrzymała się, lecz w 3-im roku wróciły krwawienia ciągłe i krwotoki b. obfite.

D. 20 listopada 1911 roku chora zapisała się do Zakładu Ginekologicznego, gdzie stwierdzono, że macica przez te trzy lata doszła do wielkości 4½-miesięcznej ciąży, spoistości chrząstkowatej, w silnem przodopochyleniu, o cienkiej części pochwowej.

Rozpoznano włókniak przedniej ściany trzonu macicy.

Wobec tak daleko posuniętych zmian w samej macicy, i przypuszczalnie przerostu błony śluzowej, który uporczywie wracał po każdem łyżeczkowaniu, zaproponowano wycięcie macicy przez pochwę lub też, jeżeli i tym razem pacyentka nie zgodzi się na ten rękoczyn, ponowne łyżeczko-

wanie, karbolizacyę i rentgenoterapię. Na szczęście dla pacyentki, przystała na pierwszą propozycyę i w dniu 21 listopada dokonane było wycięcie macicy przez pochwę.

Podczas operacyi okazało się, że powiększenie macicy nie zależało od włókniaka, lecz od jednostajnego przerostu ścian trzonu macicy, tak że grubość ich dochodziła 3—4 cm. Ta okoliczność utrudniła operacyę i zmusiła do rozkawalenia przedniej ściany macicy. Jama macicy była wypełniona pulchną błoną śluzową, w kształcie polipowatych rozrostków. Jama macicy nie była rozszerzona, zaledwie wskaziciel mieścił się w niej. Jajnik prawy torbielowato zwyrodniały usunięto. W okolicy prawego rogu najbardziej uległa przerostowi błona śluzowa, w kształcie polipów i stąd wraz z miąższem wzięto skrawki do badania drobnowidzowego.

Badanie drobnowidzowe, wykonane przez kol. Wasilewskiego, dało wyniki następujące:

Badanie błony śluzowej, wyciętej wraz z miąższem w okolicy prawego rogu: błona śluzowa w tem miejscu na przestrzeni 1½—2 cm. wyraźnie jest wybujała i znacznie miększa — rozpulchniona, niż na całej powierzchni wnętrza macicy. Pod mikroskopem znajdujemy: podścielinowa tkanka łączna słabo rozwinięta, miejscami nacieczona. Tkanka gruczołowa przedstawia zmiany przerostowe, światła gruczołów są rozszerzone, nabłonek wyściełający je wyraźnie jednowarstwowy. W pewnych odstępach w tak przerośniętej śluzówce znajdujemy ogniska, składające się li tylko z komórek płaskich, skupionych w zbite masy, typowy obraz raka płaskokomórkowego. Takie same ogniska znajdujemy, przesuwając preparat, w tkance mięśniowej. Szczegółowe badanie anatomopatologiczne tego preparatu będzie podane w krótkim czasie.

2. *Antecki* zgłasza tymczasowe doniesienie o spostrzeżeniu, jakie wspólnie z kol. Zakrzewskim dokonali nad wpływem pituitriny w drgawkach porodowych. Przypadek dotyczył 34-letniej pierwiastki, u której wystąpiły silne napady ciężkiej rzucawki porodowej. Po wstrzyknięciu pituitriny drgawki ustały zupełnie, chora po 29 godzinach absolutnie bez ataków urodziła płód sama. Gdy w 9 godzin po porodzie ataki drgawek zaczęły występować na nowo, drugie wstrzyknięcie usunęło drgawki ostatecznie. Dobroczynny wpływ pituitriny wystąpił u jednej i tej samej chorej 2-krotnie i zawsze łącznie ze znakomitą poprawą tętna (ze 160 tętno obniżyło się do 76).—Chora nie miała zaburzeń nerkowych ani w ciąży, ani podczas porodu; badanie moczu żadnych zmian w nerkach nie wykazało.

3. *Staniszewski* przedstawił preparat ciąży jajowodowej, operowany przez siebie w oddziale Dr. Szteynera. Chora 35-letnia, zamężna od 18 lat. Poroniła przed 17 laty w 7 miesiącu ciąży. Urodziła 5 razy na czasie, samoistnie. Ostatni poród przed 10-u laty. Przed 6-ciu laty robiono jej w szpitalu na Pradze wyskrobanie macicy z powodu krwawień, i po tej operacyi miała „zapalenie jajnika“ z lewej strony, leczyła się w domu. W ostatnich latach miesiączkowała—3 dni co 4 tygodnie—krwi dosyć dużo. Ostatnia mies. 28 listopada do 2 grudnia 1911 r., później 3-go stycznia dostała krwawienia, które trwa dotąd w postaci plam. Wskazuje na nieznośne bóle w kiszce stolcowej, i szczególniej przy oddawaniu moczu. Badanie wykazało macicę

nieco powiększoną, ruchomą, w przodozgięciu, z lewej strony wyczuwa się guz w postaci kiełbaski, przylegający w tylnem sklepieniu do ściany pochwy, bardzo bolesny i nieco unoszący się ku górze. D. 22 stycznia 1912 r. dokonał S. zabiegu wycięcia pękniętego jajowodu, w jamie brzusznej nieco krwi. Stan. zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze: nieznaczne przetrzymanie miesiączki, krwawienie i znaczna bolesność w kiszce stolcowej i przy ucisku na zgrubiały jajowód.

4. *Natanson* przedstawił okaz ciąży jajowodowej w 2-im miesiącu. Jajowód pęknięty w części ampullarnej prawie na całym obwodzie, a między obu częściami jajowodu nietknięty pęcherz płodowy z zarodkiem. Pomimo tak wyjątkowo znacznego pęknięcia, krwawienie w jamie brzusznej względnie nieznaczne. Objawy kliniczne wcale nie alarmujące. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. 3-cia torbiel jajnika lewego wielkości małej pięści zupełnie odsznurowana od więzadła. Do torbieli przyrośnięta była sieć. Przed operacyą były wyraźne objawy podrażnienia otrzewnej, które tłomaczyły się skręceniem szypuły. Prawe przydatki były zupełnie normalne. Lewy jajowód nieco cieńszy, zupełnie wolny, ligamentum ovarii proprium wyraźne, gładko zakończone, cały wiąz szeroki zupełnie normalny. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Następnie przystąpiono do dyskusyi nad odczytem Bumma p. t. „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi“, według kwestyonaryusza, ułożonego przez Neugebauera.

Co się tyczy punktu I-go (przygotowanie do cięcia brzucha), Czarkowski J. nie stosuje środków przeczyszczających w przypadkach podostrych lub ostrych, w przypadkach powikłanych zwężeniem kiszek i przetokami kiszkowemi, w celu uniknięcia obostrzenia zapalenia otrzewnej.

Przyborowski Adam. O ile poważnych przeciwwskazań niema, stosuje zawsze środek czyszczący 48 godzin przed operacyą; pacyent od tego czasu do operacyi pozostaje na kleju, oraz ma zalecone przyjmować obojętne płyny w znacznej ilości, zwłaszcza przed laparotomią. Zmierza to do dania spokoju pacyentowi w przeddzień operacyi i zmniejszenia pragnienia, zwłaszcza męczącego po laparotomiach, kiedy nieraz już łyżka płynu wywołuje wymioty. Jest też przekonany, że stosowanie przepisów powyższych daje spokojniejszą i bezpieczniejszą narkozę.

Prócz tego zabierali głos Natanson i Monsiorski.

Odnośnie punktu II-go (sala operacyjna). Czarkowski jest zdania, że sala operacyjna, przy najostrożniejszem kwalifikowaniu chorych, nie uniknie zanieczyszczenia ropą, a to z tego względu, że zawsze zdarzyć się mogą przypadki nieprzewidziane. Wobec tego czystość na sali winna być wzorowa, lecz nie należy uważać sali za najważniejszy czynnik do uzyskania dobrych wyników operacyi, wyniki te zależą od czystości rąk operatora, narzędzi, opatrunków i wykonania samej operacyi.

Prócz tego zabierali głos Szteyner, Natanson i Leśniowski.

Odnośnie punktu III-go (ciepłota sali operacyjnej) zabiera głos Leśniowski, wypowiadając zdanie, że dopuszczalna najniższa ciepłota winna wynosić 16 stopni, lecz pożądana jest ciepłota 20 stopni.

Odnośnie punktu IV-go (instalacya na sali operacyjnej), Leśniowski

jest zdania, że w sali operacyjnej nie powinno być do ścian przymocowane nic więcej prócz przyrządów do sztucznego światła i wentylacyi oraz czegoś do opłukiwania rąk. Co się tyczy przedmiotów, niezbędnych w czasie operacyi, to takowe winny być ruchome, by można je było wtaczać na czas operacyi.

Natanson wypowiada zdanie, że wszystko na sali operacyjnej powinno dać się zmywać, lecz niema żadnej różnicy, czy są przedmioty na sali operacyjnej, czy też ich niema. Urządzenie sali operacyjnej powinno być takie, aby nie było zaułków i płaszczyzn, które nie dają się zmywać.

Krauze jest przeciwny temu, żeby umywalnie były w drugim pokoju, gdyż, przechodząc na salę operacyjną, bardzo łatwo dotknąć się czegośkolwiek, a więc zabrudzić się.

Prócz tego zabierał głos Szteyner, Przyborowski, Fiedorowicz, Monsiorski i Czarkowski.

Odnośnie punktu V-go (instrumentaryum), Natanson oddaje pierwszeństwo suchej sterylizacyi narzędzi, w razie zaś gotowania — ostre narzędzia gotować oddzielnie w ciągu 5-iu minut po poprzedniem dokładnem umyciu tychże. Dla operacyi przypuszczalnie nieczystych, lub w razie przewidywanej operacyi drogą podwójną, należy mieć przygotowane dwa komplety narzędzi.

Przyborowski jest zdania, że w razie gotowania narzędzi należy rzucać je do gorącego płynu oraz dodawać do wody boraksu.

Leśniowski utrzymuje, że narzędzia, trzymane w rozczynie natrii caustici, nie psują się nawet w ciągu doby. Prócz tego zabierał głos Monsiorski, Fiedorowicz i Krauze.

Odnośnie punktu VI-go (szwy), Leśniowski jest zdania, że prócz struny, silkwormu i klamerek jedwab jest nieraz niezbędny (szycie kiszek lub wątroby). Po uprzedniem odtłuszczeniu, należy jedwab gotować w sublimacie lub Hydrargyrum oxicyanatum, a w nagłych wypadkach potrzymać przez pewien czas w jodynie.

Monsiorski szyje ścianę brzucha szwem 3-piętrowym, na otrzewną szew ciągły ze struny, na mięśnie i powięź — strunowy węzełkowy, a na skórę klamerki.

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos: Natanson, Krauze, Przyborowski i Szteyner.

BR. SZYBOWSKI.

ZJAZDY LEKARSKIE.

ZJAZD CHIRURGICZNY W BERLINIE.

W d. 10 kwietnia r. b. w sali Beethovena filharmonii Berlińskiej grof. Garrè otworzył 41-y zjazd chirurgów niemieckich. Na wstępie uczczono pamięć zmarłych w roku ubiegłym członków zjazdów chirurgicznych, w szczególności zaś w dłuższej i podniosłej mowie przewodniczący ocenił niespożyte zasługi Józefa Listera, długoletniego członka honorowego tych zjazdów.

Odczyt 1-y wygłosił Dr. *Lampe* o zastosowaniu olejku kamforowego w leczeniu ran pooperacyjnych, podczas nakładania szwów, lub wreszcie podczas przygotowywania pola operacyjnego. Sposób powyższy nie znalazł uznania wśród słuchaczów, a prof. *Bier* nawet ostrzegał przed używaniem środków drażniących, bo przekonał się, że jedynie postępowanie aseptyczne może zapewnić ranie operacyjnej najgładszy przebieg.

Dr. *Dreyer* w potoczystem przemówieniu zdał sprawę z doświadczeń swych co do obecności szkodliwych i zdolnych do życia drobnoustrojów w ranach aseptycznych, i przekonał się, że rany takie są zupełnie wolne od tych drobnoustrojów, a gojenie się ich w zupełności jest zależne od naszego postępowania, nie zaś od usposobienia do takiego, lub innego gojenia się ran u różnych osobników.

Kleinschmidt wykonał szereg doświadczeń nad szkodliwością wtargnięcia powietrza do krwiobiegu, i upatruje przyczynę śmierci w większej lub mniejszej sile prawej komórki sercowej; przez odpowiednie ułożenie ciała, a zwłaszcza—przez wysokie ustawienie kończyn można znacznie zmniejszyć niebezpieczeństwo wtargnięcia powietrza do naczyń krwionośnych.

Katzenstein, w celu uniknięcia niebezpieczeństwa przenoszenia się skrzepów krwi w czasie i po operacyi, radzi przed zabiegiem wykonywać próby krzepnięcia krwi u danego osobnika.

Wśród ożywionych rozpraw z powodu 2 powyższych odczytów *Bier* nie radzi przyśpieszać krążenia krwi w jakikolwiek sposób, wówczas bowiem łatwiej jest uniknąć porwania skrzepu z miejsca jego powstania.

Pośród prac o przeszczepianiu kości, chrząstek i ścięgien b. zajmujący był pokaz prof. *Koeniga*, który na miejsce dużego braku żuchwy wszczepił z doskonałym wynikiem kość słoniową u kobiety w średnim wieku. Zarówno u samej pacyentki, jako też i na fotografii rentgenowskiej widać b. dobre spojenie się kości.

Heller w szeregu doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że chrząstka stawowa w zupełności nadaje się do przeszczepiania na inny staw, który całkowicie odzyskuje potem swą czynność.

Podczas rozpraw *Beck* z Karlsruhe stwierdził wielokrotnie pomyślne wgojenie się kości słoniowej, i radzi zawsze stosować postępowanie takie, o ile niemożliwe jest u danego osobnika przeszczepienie jego własnej innej kości.

Läwen w 2 przypadkach rany serca wszczepił kawałek mięśnia, gdy z powodu kruchości mięśnia sercowego nie mógł zaszyć pomienionych ran; jakkolwiek obaj chorzy zmarli, wszakże podczas oględzin pośmiertnych przekonano się, że wszczepione kawałki mięśni zlepiły się dostatecznie z sąsiednią tkanką. Podobne wszczepienia stosował również i do ran wątroby.

Podczas rozpraw *Wrede* zaznaczył, że przeszczepiania mięśni w szeregu doświadczeń na zwierzętach dały wynik ujemny, prof. *Kocher* i inni uważają przenoszenie tkanki mięśniowej jako dobry środek, tamujący krwawienie.

Na posiedzeniu popołudniowem prof. *Lexer* mówił o przeszczepianiu kawałków ścięgien, które wgajają się dobrze, zwłaszcza—jeżeli są wzięte od tej samej osoby, i nie tracą swych cech, skoro podczas gojenia kończyna z przeszczepionem ścięgnem nie pozostaje w spokoju.

Kirschner radzi zamiast przeszczepiania kawałków ścięgien stosować w niektórych razach przeszczepianie odcinków szerokiej powięzi uda.

W dalszym ciągu prof. *Sticker* z Berlina mówił o leczeniu nowotworów złośliwych za pomocą radu.

W czasie dyskusyi w tej sprawie zaznaczono, że zarówno rad, jak i antimeristem nie wywierają żadnego wpływu na wzrost nowotworów; nie, kiedy zapalny stan dokoła guza, lub dolegliwości przezeń powodowane zmniejszają się, przy tej sposobności prof. *Kümmell* oświadczył, że przypadek raka, ogłoszony przez *Schmidta*, jako wyleczony za pomocą antimeristemu, nigdy nie był nowotworem złośliwym, jak to stwierdziło badanie drobnowidzowe.

Tegoż dnia wieczorem o godz. 8-ej w gmachu *Langenbecka* odbyły się liczne pokazy zdjęć fotograficznych, rentgenowskich i kinematograficznych, rzucanych na ekran. Oprócz plastyk nosa i muszli usznych niezmiernie piękne i zajmujące były obrazy *Kümmella* i *Haucka*, dotyczące rozgałęzienia tętnic chorej i zdrowej nerki; dalej - fotografie rentgenowskie żołądka i kiszek przez *Immelmanna*, wreszcie pokazy odnośnie leczenia operacyjnego zwichnień biodrowych oraz sprawy odrodzenia się stawu biodrowego.

Drugi dzień zjazdu poświęcono chirurgii mózgu. Rozpoczął go *Tillmann* pięknie wypowiedzianym, i opartym na ścisłych badaniach odczytem o ucisku mózgu.

Bardzo ożywione rozprawy wywołały odczyty *Wendla* o surowiczem, ograniczonem zapaleniu opon mózgowych i *Henschena* z Zürichu o rozpoznawaniu i leczeniu wylewów krwawych pod oponą twardą pochodzenia urazowego.

F. Krause miał b. zajmujący wykład o odsłanianiu komór mózgo-

wych, zwłaszcza czwartej, wykonanem w kilku przypadkach, i popartem odpowiednimi rysunkami.

Inni mówili o wynikach operacyi Förstera, o rozpoznawaniu guzów rdzeniowych, oraz o próbach zastąpienia opony twardej np. przez powięź szeroką uda.

Wśród pokazów na posiedzeniu tem wzbudził duże zaciekawienie młody człowiek z rozległą plastyką policzka i czoła, operowany przez Lexera bardzo udatnie pod względem kosmetycznym; potrzebny do tego płat skóry zapożyczono z powłok czaszki.

W końcu posiedzenia przedpołudniowego prof. *Kocher* przedstawił szereg tablic, dotyczących składu krwi w schorzeniach gruczołu tarczowego (cachexia strumipriva, morbus Basedowi i t. d.); w tablicach tych między innymi wykazano wybitne zwiększenie się lymfocytozy przy odpowiedniem leczeniu zarówno wewnętrznem, jak i operacyjnem. W przemówieniu swem Kocher położył szczególny nacisk na nieodzowne badanie krwi przed operacyą na gruczole tarczowym w chorobie Basedowa.

de Quervain poruszył sprawę dość blizką poprzedniej, mówił bowiem o oszczędzaniu gruczołów przytarczycowych, i nerwu zwrotnego podczas operacyi wola.

Oba odczyty powyższe wywołały ożywioną wymianę zdać, przytem Kocher zaznaczył, że nigdy nie podwiązuje wszystkich 4-ch tętnic tarczycowych, natomiast najwyżej 3, mianowicie dwie z jednej strony i tarczycową górną z drugiej; część gruczołu przy t. tarczowej dolnej zazwyczaj pozostawia.

Posiedzenie popołudniowe poświęcono głównie chirurgii płuc.

Kausch mówił o wartości operacyi Freunda w gruźlicy szczytów płucnych; *Wilms* zaś o zapadaniu się płuc w gruźlicy po wycięciu niedużych kawałków żeber; przemówienie to było zobrazowane szeregiem zdjęć fotograficznych zwykłych i rentgenowskich.

Sauerbruch pokazał kilku chorych po wycięciu płuc z wynikiem znakomitym zarówno co do zagojenia się rany, jako też i co do stanu ogólnego pacyentów; pokaz ten wywołał zupełnie słuszny podziw i ożywione rozprawy.

Naostatek roztrząsano odczyt *Anschütza* o sposobach zamykania dużych braków w przeponie po rozległych operacyach na niej.

Trzeci dzień zjazdu rozpoczęto od chirurgii brzusznej, przedewszystkiem zaś rozprawiano o postępowaniu operacyjnem we wrzodzie okrągłym żołądka. Prof. *Riedel* zdał sprawę z 18 wykonanych przez siebie wycięć żołądka, wzgl. wycięcia tej jego części, w której usadowione było owrzodzenie. *Kocher* (junior) mowił o znakomitych wynikach zespolenia żołądka z jelitem, wykonanego we wrzodzie żołądka u 70 chorych w klinice berneńskiej; z tych tylko dwaj chorzy czas dłuższy doświadczali poprzednich dolegliwości, inni czuli się po operacyi doskonale. K. jest zwolennikiem takiego właśnie postępowania, albowiem wycięcie częściowe żołądka nie dało mu zbyt zachęcających wyników; tymczasem zespolenie żołądka z jelitem nawet wobec niezagojonych owrzodzeń sprzyja wielce zabliznianiu się tychże dzięki szybkiemu wyprowadzaniu zawartości z żołądka.

Odczyty powyższe wywołały b. ożywione rozprawy, w których zabierali głos główne profesorowie klinik chirurgicznych. Jakkolwiek uznano, że wycięcie jako postępowanie doszczętne zawsze ma pierwszeństwo przed przetoką żołądkowojelitową, wszakże nie zawsze może być wykonane z uwagi na rozległe i głębokie zrosty ściany żołądka z sąsiednimi narządami; z drugiej zaś strony gastroenterostomia nie może zapewnić nam zupełnego zagojenia się wrzodu, jak również nie może go zabezpieczyć od zwyrodnienia nowotworowego, mimo to większość oświadczyła się na korzyść tego ostatniego zabiegu, jako lżejszego dla chorego, a obawę dość częstego powstawania nowotworu na tle wrzodu uznano, jako niesłuszną.

Haudek robił usiłowania odróżnienia za pomocą prześwietlania rentgenowskiego wrzodu żołądka od nowotworu po napełnieniu narządu tego papką bismutową.

Haberer spostrzegał skręcenie żołądka dokoła podłużnej jego osi, przyczem w przypadku tym stwierdzono nowotwór złośliwy w części odźwiernikowej, przebiegający bez wszelkich objawów.

Dalszy ciąg posiedzenia poświęcono cierpieniom wątroby, śledziony i trzustki. Z tych był nader zajmujący przypadek *Rosensteina*, który w marskości wątroby i wodnej puchlinie brzucha połączył żyłę główną dolną z żyłą wrotną jakoby z wynikiem pomyślnym.

Franke mówił o długotrwałem sączkowaniu jamy brzusznej w puchlinie wodnej, inni poruszyli sprawę rozpoznawania i leczenia zapalenia trzustki przewlekłego oraz postępowania w bąblowcu trzustki.

Na posiedzeniu popołudniowem roztrząsano sprawę zapalenia wyrostka robaczkowego na drodze doświadczalnej, o zapaleniu błony brzusznej pochodzenia dwoinkowego; z pokazów zwrócił szczególną na siebie uwagę przypadek *Müllera*, dotyczący zapalenia okrężnicy wrzodziejącego ostrego (colitis ulcerosa acuta).

Odczyt *Finsterera* o leczeniu skręcenia kątnicy esowatej wywołał b. żywą wymianę zdań; wiele rozprawiano również o wycięciu odbytnicy po odczycie *Goepela*, który zaleca metodę skombinowaną, mianowicie z góry przez otrzewną i z dołu drogą zwykłą; postępowanie takie ma na celu uprzednie zamknięcie jamy otrzewnej za pomocą oddzielonej przedtem surowicówki.

Dzień 4-y zjazdu obfitował przed południem w odczyty z dziedziny chirurgii nerek; pierwszy, że tak rzec można, programowy odczyt wygłosił *Kümmel*, a przedewszystkiem zastanawiał się nad wartością odwarstwiania otoczki w zapaleniu ostrem i zaznaczył, że 60% operowanych należy uznać, jako zupełnie uzdrowionych. Wśród zapaleń przewlekłych najwięcej nadają się te właśnie odmiany, które przebiegają z dużymi bólami i krwawieniami; dekapsulacya w przypadkach takich daje wynik nader pomyślny.

Ritter na drodze doświadczalnej wywoływał zastój żylny w nerkach u zwierząt za pomocą podwiązania żyły nerkowej; zastój taki w celach leczniczych dałoby się zastosować i u ludzi.

Anschütz ostrzega przed wykonywaniem próbnego nacięcia nerki bez nieodzownego ku temu wskazania z uwagi na niepohamowane po nacię-

ciach takich krwawienia, które niekiedy zmuszają do całkowitego usunięcia narządu.

Israel, przeciwnie, uważa nacięcie nerki i tamponowanie jej jako znakomity środek w kolce nerkowej, połączonej z krwawieniem. Na leczenie operacyjne zapaleń przewlekłych zapatruje się sceptycznie, wreszcie nie widzi wyższości nacinania miedniczki w porównaniu z nacięciem nerki w celu usunięcia kamieni nerkowych.

Voelker podał sposób operowania pęcherzyków nasiennych przez krocze; o ile można było wnosić z przedstawionych rysunków, postępowanie takie jest dość łatwe.

Pólya poruszył sprawę nawrotów po operacyi doszczętnej przepuklin metodą Bassiniego.

Wśród ożywionych rozpraw w tym przedmiocie słuszną zrobił uwagę *Kausch* (to samo zresztą i u nas mówiono kiedyś na posiedzeniu Tow. Lekarskiego), że nie metoda jest tutaj winna, lecz wykonanie operacyi ma tu znaczenie pierwszorzędne, ono nie zawsze może być dokładne, już choćby dlatego, że operacyę tę najczęściej powierza się młodym niedoświadczonym pracownikom oddziału.

Radzono również wycinanie płata z pochwy przedniej m. prostego brzucha w celu przyszycia go do więzu Pouparta zamiast m. skośnego wewnętrznego, o ile ten ostatni jest niedostatecznie rozwinięty.

Sposób *Kochera* miał wśród tej dyskusyi żarliwych obrońców. *Spitzy* zapewnił, że operacyę przepukliny doszczętną wykonywa u dzieci w ciągu 3—4 minut, a statystyka jego sięga 2 tysięcy przypadków. Zapewnienie to wysłuchano z niedowierzaniem, a sam twórca metoty—*Kocher* przyznał się, że daleko więcej potrzebuje czasu do wykonania tej operacyi, niż przedmówca.

Ostatnie popołudniowe posiedzenie poświęcono kończynom górnym i dolnym, *Payr* wypowiedział nader zajmujący i treściwy odczyt o uruchomieniu zesztywniałych stawów, w szczególności zaś kolanowego, oraz przedstawił kilka osób po operacyi takiej z wynikiem doskonałym. Sposób ten polega na wszczepieniu do stawu kolanowego powięzi szerokiej po przecięciu zrostów i odpiłowaniu kłykcia wewnętrznego kości goleniowej.

Denk pokazał kobietę po wypiłowaniu całego stawu kolanowego zupełnie zdrową oczywiście — z dużem skróceniem kończyny.

Oprócz kilku jeszcze spostrzeżeń i pokazów z chirurgii kończyn górnych na ostatek mówił *Hirschel* o znieczuleniu splotu ramiennego w dole pachowym w zabiegach operacyjnych na kończynach górnych.

Wogóle 4-dniowy zjazd ten odbył się w znakomitym porządku, wyczerpano prawie cały zgłoszony materyał, t. j. 96 odczytów, nad wielu z nich rozprawiano dość długo i z wielkiem ożywieniem. Niewątpliwie wiele znaczyło nader umiejętne i taktowne prowadzenie obrad przez przewodniczącego prof. Garrego.

Znaczna większość odczytów była wygłoszona z pamięci, częstokroć z wielką nawet swadą. Prace doświadczalne przeważnie wypowiadali lekarze młodzi, starsi zabierali głos w odczytach programowych, najczęściej

wszakże w rozprawach i dzielili się wówczas ze słuchaczami swem wielkiem doświadczeniem.

Na przewodniczącego na rok przyszły wybrano prof. *Angerera* z Monachium.

Lista obecności w 3-im dniu zjazdu wykazała 1120 uczestników. W obecnej chwili towarzystwo zjazdów chirurgicznych niemieckich liczy 2168 członków i posiada około 650 tysięcy marek kapitału, przeznaczonego na budowę nowego gmachu zjazdowego.

A. CIECHOMSKI.

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

TREŚĆ ZESZYTU I TOMU VI.

PRACE ORYGINALNE.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY i GINEKOLOGICZNY

(REVUE DE CHIRURGIE ET DE GYNECOLOGIE)

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction du Dr. A. LEŚNIOWSKI.
Administration du journal: Varsovie, 3 rue Złota. Dr. C. STANKIEWICZ.

SOMMAIRE DU Nr. I DU VOL. VI.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Adres Redakcyi: **Warszawa, NOWOGRODZKA № 19, TEL. 24-38.**
Adres Administracyi: **Warszawa, ZŁOTA № 3, TELEFON 70-75.**
Warunki przedpłaty: Rocznie Rb. **6,** z przesyłką pocztową Rb. **7.** Zeszyt pojedyńczy Rb **2.** Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.